Nr. 41. 7. października 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. H. SCHUSTERÓWNA, adjunkt Zakładu. Lwów.

Wartość naświetlań raka macicy w świetle badań histologicznych.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. K.
Kierownik: Prof. Dr. W. Nowicki.

Postępowanie lecznicze w przypadkach raka szyjki macicy nie jest jeszcze w zupełności uzgodnione. W leczeniu raka macicy posiadamy dzisiaj dwa sposoby, mianowicie: operacyjny i naświetlanie energją promienną. Co się tyczy operacji, to mimo wielkiego rozwoju i udoskonalenia techniki operacyjnej, wyniki trwałego wyleczenia operacyjnego nie były i nie są dodziśdnia zadawalniające, według A. Mayera, z trzech powodów: a) wysoka stosunkowo śmiertelność pooperacyjna, dochodząca przeciętnie do 20%, b) wielka ilość zgłaszających się przypadków z rakiem macicy, nienadających się już do operacji, c) stosunkowo mały procent trwałego wyleczenia, wynoszący około 20—30% a zatem tylko piąta część zgłaszających się chorych z rakiem macicy.

Dlatego też, jak wiadomo, z wielkim entuzjazmem zwrócono się do nowego sposobu leczenia raka macicy, t. j. do leczenia zapomocą energji promiennej, Roentgenem, radem i mezotorem, które to leczenie przedewszystkiem miało tę wielką zaletę, że nadawało się również do leczenia przypadków nienadających się już do operacji. Z początku wyniki leczenia naświetlaniem nie były zadawalniające tak, że niektórzy ginekologowie, jak Bumm, wrócili do leczenia operacyjnego. Jednakże z biegiem czasu udoskonalono i opanowano technikę naświetlań, poznano też dokładniej właściwości biologicznego wpływu promieni Roentgena i radu tak, że wyniki leczenia stają się coraz lepszemi i nawet wielu operatorów zarzuciło zabiegi operacyjne i zwróciło się wyłącznie do naświetlania raka macicy promieniami X lub radu, lub sposobem kombinowanym (Döderlein, Jores, Opitz, Kot, Seitz, Wintz, Regaud).

Jednak mimo udoskonalenia techniki naświetlań, która szybkim krokiem postępuje, ostateczne wyniki, opierające się na licznych statystykach, nie okazały się o wiele lepsze od wyników operacyjnych; trwałe wyleczenie osiągnięto mniejwięcej w 20--30%, a zatem podobnie jak w zabiegach operacyjnych. I tak np. Instytut Radowy w Paryżu podaje 20—30%, Döderlein 22,9%, Instytut Radowy w Sztokholmie 20—29%. William, który miał do rozporządzenia 1574 raków macicy radem naświetlonych, stwierdził, że wyniki leczenia radem prawie równają się wynikom leczenia operacyjnego. Nadto niektórzy zwolennicy leczenia wyłącznie operacyjnego, jak Gal, zwrócili uwagę na pewne ujemne strony naświetlania i znaczne zaciąganie się szyjki po naświetleniu, uniemożliwiające dalsze leczenie, na pojawienie się gorączki, gdy w otoczeniu naświetlonej macicy znajduje się stan zapalny, pozatem na niezgłaszanie się chorych do dalszego leczenia lub też zgłaszanie sie za późne z tego powodu, że zaraz po pierwszem założeniu radu znika guz, część pochwowa się oczyszcza, chora pozbywa się dolegliwości. Z tego widzimy, że narazie żaden z obu sposobów leczenia raka szyjki macicy nie jest zupełnie zadawalniający, względnie wyniki, jakie wykazują statystyki obu sposobów, sa mniejwięcej te same. Do tego dochodzi, że liczby wyników rozmaitych terapeutów różnią się między sobą tak, że narazie na nich nie można polegać; zależy to niewątpliwie w wysokim stopniu od techniki i doświadczenia operatora, jakoteż naświetlającego, z drugiej zaś strony od samego materjału, t. j. od rodzaju raka, gdyż, jak wiadomo, ich rozmaite rodzaje rozmaicie oddziaływują na zabieg operacyjny, jakoteż na naświetlenie. Odnosi się to przedewszystkiem do raka naświetlanego. Dla osiągnięcia lepszych wyników leczenia i mniejszej śmiertelności zaczęto więc kombinować ze sobą oba sposoby leczenia, mianowicie operację radykalną zaczęto wykonywać dopiero po poprzedniem naświetlaniu Roentgenem, jednak częściej radem, ewentualnie Roentgenem i radem. Gorącym zwolennikiem naświetlań przedoperacyjnych jest przedewszystkiem A. Mayer, który twierdzi, że sama operacja powinna być dzisiaj zarzucona, a stosować się powinno jedynie samo naświetlanie, ewentualnie naświetlanie i operację. Poprzednie naświetlanie raka, według Mayera i zwolenników tego zabiegu kombinowanego, jak np. Mikulicz-Radeckiego, Zacherla i Lundhofa, przedewszystkiem oczyszcza pole operacyjne przez usunięcie ropienia i zgorzeli w obrębie samej tkanki nowotworowej, a pole operacyjne staje się aseptyczne, następnie pierwotna śmiertelność, wywołana najczęściej zapaleniem otrzewnej, obniża się. Fürst na 25 przypadków operowanych w 3—6 tygodni po naświetlaniu nie spostrzegał ani razu zapalenia otrzewnej. Po naświetlaniu znikają również zmiany zapalne w przymaciczu, utrudniające w wysokim stopniu zabieg operacyjny. Pozatem raki nienadające się już do operacji przez naświetlenie stają się operacyjnemi, lub też niezupełnie nadające się do tego zabiegu, nadają się lepiej, na co szczególniejszą uwagę zwrócili Wickton i Bayet, Monod, Brooks i Clenton, Fraenkel. Ułatwieniem dla operatora jest poprawa stanu ogólnego chorej po naświetleniu, lepszy apetyt, często przyrost ciężaru ciała. Ważnym szczegółem jest zmniejszenie się krwawienia w czasie zabiegu wskutek zarośnięcia naczyń i zbliznowacenia tkanki naświetlonej. Również spowodu zarośnięcia naczyń chłonnych zmniejsza się niebezpieczeństwo rozsiania sprawy nowotworowej w czasie zabiegu operacyjnego (Lacassagne).

Z wyżej wymienionych powodów liczba operatorów, wykonujących naświetlania przedoperacyjne macicy rakowej, oraz histologów, badających tę macicę, jest dzisiaj coraz większa. Obok Mayera, zwolennikami tego zabiegu są przedewszystkiem m. i.: Brooks i Clenton, Mikulicz-Radecki, Dannreuter, Forsdike, L. Fraenkel, Daniel, Monod, Rabineaux, Steckel, Heiman i Seidler. Jednym z ważnych powodów, przemawiających jeszcze za następową operacją po naświetleniu, a nietylko za samem naświetleniem, jest fakt, na który zwracają uwagę rozmaici autorowie, że, pomimo niekiedy pozornego wyleczenia klinicznego raka naświetlonego, pozostają w głębi nazewnątrz niewidoczne ogniska rakowe, które mogą być następnie miejscem wyjścia nawrotów. Nawet badanie drobnowidowe kontrolne wyciętego skrawka nie zawsze jest w stanie ognisko to wykazać. Taki przypadek, naświetlaniem pozornie wyleczonego raka części pochwowej macicy opisuje np. Dannreuter. Po następowym zabiegu wykazało badanie w głębi części pochwowej ognisko rakowe. A. Mayer podaje, że na 101 przedoperacyjnych, naświetlonych przypadków w 56 przypadkach nowotwór znikł zupełnie z powierzchni części pochwowej. Jednak tylko w 20 z tych przypadków rzeczywiście po wycięciu nie było raka, w pozostałych stwierdzono w głębi większe lub mniejsze ogniska rakowe. Gorschin spostrzegał również przypadek raka macicy, dotyczący kobiety 27-letniej, u której w 4 miesiące po radzie wystąpiło pozorne wyleczenie. Po roku nawrót pod postacią raka bardzo złośliwego, nienadającego się już do operacji. Z tego też powodu Boloppo, zwolennik samego naświetlania, mimo to radzi przypadki naświetlone, a nadające się do operacji, następowo operować dla uniknięcia właśnie tego niebezpieczeństwa nawrotów. Mikulicz-Radecki, również zwolennik naświetlania przedoperacyjnego, podaje, że rad w niektórych przypadkach niszczy tkankę nowotworową, a operacja jest wówczas tylko zabiegiem zapobiegawczym. Dla przeważnej części przypadków operacja przedstawia zabieg leczniczy, ponieważ usuwa ona tkankę, w której jeszcze znajdują się niejednokrotnie ogniska rakowe, na które rad nie zadziałał. Mikulicz opisuje dla przykładu przypadek raka płasko-komórkowego części pochwowej macicy, nienadającego się już do operacji. Raka naświetlono, przypadek stał się operacyjny, macicę wyjęto. Część pochwowa zmian rakowych już nie wykazywała, natomiast w przymaciczu znajdowało się żywotne gniazdo rakowe. A zatem operacja, według autora, w tym przypadku bardziej działała, jak rad. Z drugiej zaś strony bez naświetlania przedoperacyjnego nie można było operować, a zatem oba sposoby leczenia uzupełniają się.

Daniel podaje w ostatnich czasach, że na 40 kobiet z rakiem macicy naświetlono przed operacją 22, z których u 10 wykazano histologicznie raka. Na podstawie badania klinicznego przypadki te były uważane za wyleczone po naświetlaniu. Z tego względu autor twierdzi, że byłoby jeszcze za wcześnie zaniechać

dzisiaj operacji, nawet w przypadkach wczesnych. Chwilowe kliniczne wyleczenie nie odpowiada jeszcze wyleczeniu anatomicznemu. Ta niepewność tymczasowego wyniku naświetlania jest, według Mayera, dalszym powodem do wykonywania następowego zabiegu operacyjnego po ustąpieniu ropienia i zgorzeli, tem bardziej, że jego statystyka, choć oparta jeszcze na małym materjale, za tem przemawia. Na 25 przedoperacyjnie naświetlonych przypadków otrzymał on w 28% przypadków wyleczenie po pięciu latach, pozatem śmiertelność pooperacyjna spadła u niego z 10 na 4%. Mayer podaje, że jeżeli przyjmiemy, że ogólna liczba wyleczonych operacyjnie, według najnowszych statystyk, wynosi mniejwięcej 31%, a wyleczonych zapomocą naświetlania 34%, to liczba wyleczenia przypadków naświetlonych przedoperacyjnie dochodzi u niego do 41,03%; zatem względne wyniki wyleczenia przy leczeniu kombinowanem są, według Mayera, lepsze, niż po samej operacji lub po samem zadziałaniu energji promiennej. Również Schauta i Steckel, którzy zapomocą swego sposobu operacyjnego osiągnęli dzisiaj najlepsze wyniki operacyjne i najmniejszą śmiertelność pooperacyjną, wynoszącą tylko 4%, uzyskali przez naświetlenie przedoperacyjne jeszcze lepsze wyniki i obniżyli procent śmiertelności. Z autorów polskich Seidler jest również zwolennikiem naświetlania przedoperacyjnego macicy, widząc w tym zabiegu korzyści podobne, jak A. Mayer. Badania histologiczne jego przypadków, z początku naświetlanych Roentgenem, wykonał Grabowski. Materjał jego obejmował 6 macic badanych w 3—16 tygodni po naświetleniu. Były to same przypadki graniczne. Na tych 6 przypadków w 5 w badaniu gołem okiem i drobnowidowem stwierdził Grabowski tkankę nowotworową, wykazującą częściowo charakterystyczne zmiany rentgenowskie. Zmiany występowały wybitniej w skrawkach z dolnej części szyjki, w górnej zaś były one mniej zaznaczone. Na powierzchni nowotworu znajdowała się tkanka martwicza, wykazująca stosunkowo mało drobnoustrojów, zniszczonych prawdopodobnie przez Roentgena. W 6 przypadku Seidlera część pochwowa była zabliźniona i zagojona, lecz mimo wyleczenia klinicznego stwierdzono badaniem drobnowidowem w głębi ogniska zdrowych komórek rakowych, które później mogły być punktem wyjścia nawrotu.

Lenczowski zwraca uwagę przedewszystkiem na rozległą i trudno się gojącą martwicę po radzie w miejscu rozpadu raka. Powierzchnia martwicza utrzymuje się bardzo długo, a sprawa rozpadowa jakby się szerzyła w głąb, nim wreszcie pole zaczyna się oczyszczać. Niewątpliwie pewną część tych przypadków należy odnieść do szerzenia się nowotworów pomimo wyników ujemnych powierzchownego badania histologicznego. Dopiero czas wykaże, czy sprawa rozpadowa dalej się toczy i prowadzi do śmierci, czy też zaczyna się zabliźniać. Na niedostateczność badania histologicznego kontrolnego w wyciętych próbnych skrawkach z naświetlonej części pochwowej macicy zwraca uwagę również Dyroff, który twierdzi, że wykazanie histologiczne raka w wyciętym skrawku przemawia naturalnie za jeszcze istniejącym nowotworem, zaś ujemny wynik badania nie przemawia przeciw nowotworowi, gdyż ognisko rakowe może się jeszcze znajdować obok lub za wyciętym skrawkiem. Według autora, na pewność wyleczenia klinicznego może wskazywać tylko fakt, że chora dalej żyje bez objawów klinicznych raka lub autopsja, która udowodni brak tkanki nowotworowej. Lahm przeprowadził dokładne badania histologiczne na wyciętych, a poprzednio radem naświetlonych macicach. Miał on do rozporządzenia 18 macic naświetlonych przeciętnie 4—7 tygodni przed operacją. Na tych 18 przypadkach autor stwierdził w 6 jeszcze żywotne gniazda rakowe, w których w 9 były wprawdzie komórki rakowe, lecz obumarłe, tylko w 3 przypadkach nie było już raka. Autor zwraca szczególniejszą uwagę na rozległą martwicę i trudno gojące się ubytki po radzie. Według Lahma, rad działa, jak przyżegacz (termokauter), niszczy on raka i podścielisko, autor zbija twierdzenie niektórych autorów, którzy przyjmują, że tkanka rakowa zostaje niejako zduszoną przez bujającą podrażnioną tkankę łączną. W ubytkach buja tkanka ziarninowa, pokrywająca się stopniowo nabłonkiem, naczynia jej grubieją i zarastają.

Przedoperacyjne naświetlanie raka macicy zdobyło więc sobie w ostatnich czasach wielu zwolenników, mimo że co do wartości takich naświetlań istnieje dziś pewna rozbieżność zapatrywań, a to dlatego, że odnośne doświadczenia są jeszcze nieliczne i za krótkie, liczba przypadków w ten sposób leczonych jest za mała, a statystyki są niedokładne z tego powodu, iż na początku naświetlano przed operacją tylko przypadki nienadające się już do samej operacji. Nadto znaleźli się także przeciwnicy naświetlania przedoperacyjnego raka macicy, jak np. Kaminker, Franz, Grosset i inni, którzy twierdzą, że operacja w tkance zbliznowaciałej po naświetlaniu jest bardzo utrudniona, że łatwiej można w tych warunkach uszkodzić moczowody, pęcherz lub odbytnicę, że w bliznach powstają krwotoki ciężkie do pokonania, a martwica utrzymująca się tak długo po naświetleniu utrudnia gojenie się rany. A. Mayer i inni, jak Fürst, Seidler, Bocheński, nie stwierdzili większych stwardnień, któreby przedstawiały trudności techniczne podczas operacji, szczególnie jeżeli zabieg został wykonany w odpowiednim czasie, to znaczy najmniej w 6 tygodni do 3 miesięcy po naświetlaniu, już po oczyszczeniu się rany, zanim nastąpiły silne zmiany bliznowate. Dlatego też sprawa naświetlań przedoperacyjnych wymaga dalszych obserwacyj klinicznych, przedewszystkiem zaś dokładnych badań kontrolnych histologicznych macicy wyciętej po naświetlaniu i to nawet wtedy, gdy gołem okiem przedstawia ona obraz wyleczenia. Nie chodzi tutaj nawet o systematycznie przeprowadzone badania histologiczne wyciętych skrawków, lecz o badania serjowe macicy już wyciętej. Jest to zupełnie zrozumiałe wobec tego, że nigdy nie wiemy, czy poza wyciętą cząstką podejrzaną, a przeznaczoną do badania histologicznego, przecież nie znajdują się w innych miejscach choćby tylko grupy komórek rakowych, które, gołem okiem oglądane, nie wykazują zmian widocznych. Badań serjowych tego rodzaju macic nie mogłam znaleźć w dostępnem mi piśmiennictwie, a tylko badania tego rodzaju mogą mieć znaczenie dla pewnej odpowiedzi na to ważne pytanie.

Badania własne.

Takie badania serjowe przeprowadziłam na materjale 12 macic naświetlanych, mianowicie wśród tych 12 macic było 10 wyciętych operacyjnie, dwie zaś pochodziły ze sekcji. Przeważną część operacyjnie wyciętych macic wraz z danemi klinicznemi otrzymałam z oddziału ginekologicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, od Prym. Dr. Seidlera, a tylko jedną macicę od Doc. Dr. Mączewskiego, zaś dwa przypadki sekcyjne pochodzą z Kliniki Położniczo-ginekologicznej U. J. K. i z Instytutu Przeciwrakowego we Lwowie. Były to raki szyjki macicy naświetlane radem, prócz tego 7 macic było naświetlonych jeszcze Roentgenem. Okres czasu, jaki upłynął od naświetlań do badania, wahał się w granicach od $1^1/_2$ do 13 miesięcy. Łączna dawka naświetlań wynosiła 2800 do 3600 mgh. Naświetlania uskuteczniało trzech rentgenologów.

Z ogólnych danych przytaczam, że wiek kobiet naświetlanych wynosił od 40 do 56 lat, a trzech od 20 do 30 lat. Wszystkie kobiety odnośne rodziły. Według podziału Schottländera, który, jak wiadomo, dzieli raka szyjki macicy na 3 grupy, mianowicie do grupy a) zalicza raka jednej lub obu warg, przechodzącego na kanał szyi, jednak nieniszczącego części pochwowej, do grupy b) raka, wychodzącego z części pochwowej i następnie obejmującego jej wargi, wreszcie do grupy c) raka, wychodzącego z kanału szyjki i przechodzącego na jamę macicy. Otóż, według klinicznego rozpoznania, w naszym materjale jest przypadków z grupy a. 6, z grupy b. również 6. Przypadków z grupy c. nie mamy. Klinicznie w każdej grupie uwzględniono trzy stopnie nasilenia sprawy.

Wszystkie przypadki mojego materjału badane były histologicznie przed naświetlaniem i we wszystkich stwierdzono raka płasko-komórkowego. Materjał cały podzieliłam, według wyglądu makroskopowego, na trzy grupy, mianowicie na: 1) macice ze zbliznowaciałą i wygładzoną częścią pochwową lub także najbliższem jej otoczeniem, 2) macice, w których na pozaciąganej części pochwowej znajdowały się ubytki pokryte ziarniną i tkanką martwiczą, wreszcie 3) macice, w których już gołem okiem były widoczne zmiany nowotworowe. Otóż w naszym materjale przypadków typu pierwszego było 5, typu drugiego było 4, typu trzeciego było 3.

Technika badań.

Po dokładnem oglądnięciu i wykonaniu z każdej macicy wiernego rysunku, odcięto całą część pochwową, pokrajano na kilka części i zatopiono w parafinie. Z każdego bloczka wykonano następnie preparaty serjowe, barwiąc je zwykłemi metodami, hematoksyliną i eozyną. Część preparatów barwiono również sposobem van Giesona. Pozatem zbadano w każdym przypadku również, lecz nieserjowo, trzon macicy i przydatki przymacicza, o ile niemi rozporządzano. W badaniu histologicznem uwzględniłam przedewszystkiem zachowanie się naświetlanej błony śluzowej części pochwowej macicy, jej naczyń, nabłonka pokrywającego i gruczołów. Następnie zwróciłam uwagę na ubytki w przypadkach grupy II i wreszcie na obecność tkanki rakowej, czyto pozostałej jeszcze po naświetleniu, czy też świeżej nawrotowej. Również zbadaną została we wszystkich przypadkach błona śluzowa macicy.

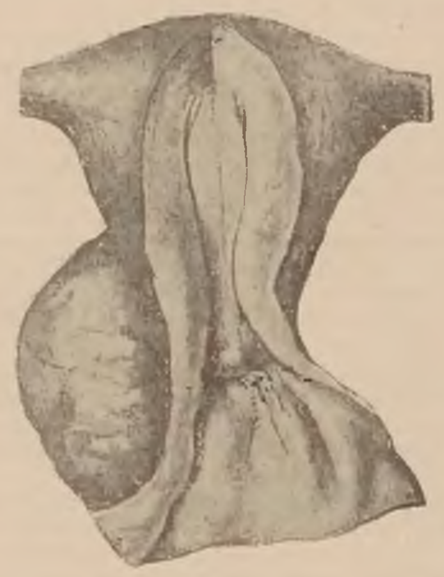
Omówienie wyników badań grupy I.

Do grupy I., obejmującej macice ze zbliznowaciałą i wygojoną częścią pochwową, a także najbliższem otoczeniem, z niedającemi się wykazać gołem okiem zmianami nowotworowemi, należało 5 przypadków. Dotyczyły one kobiet przeważnie młodszych, w wieku 30, 32, 40, 45, 48 lat, wszystkie one rodziły po kilka razy. Zgłosiły się one do lekarza spowodu dłuższy czas trwających krwawień lub odchodów z macicy. Klinicznie stwier-



Ryc. 1. Kob. lat 45. Rak części pochwowej. Rad. W 6 tygodni po naświetlaniu radem. Zgrubiałe i skrócone wargi. Utkania rakowego nie stwierdzono.

dzono w każdym przypadku raka części pochwowej macicy, zajmującego wargi, częściowo również szyjkę macicy, a przedstawiającego się pod postacią krwawiących owrzodzeń lub wybujałości. Dlatego też zaliczono je klinicznie do grupy Schottländera B. Co się tyczy stopnia nasilenia sprawy, to były to przypadki naogół lżejsze, trzy przedstawiały I. stopień, dwa zaś II. stopień nasilenia. Badanie kontrolne drobnowidowe wyciętego skrawka wykazało u wszystkich obraz raka płaskokomórkowego. Omawiane macice były naświetlane przed operacją, wszystkie radem. przy-



Ryc. 2. Kob. lat 30. Rak szyjki I. stopnia, typ B. Roentgen i rad. W 13 miesięcy po naświetlaniu radem. Część pochwowa zanikła. W przymaciczu prawem guz rakowy.

padki 2 i 5 również Roentgenem przez trzech radiologów X. Y. Z., z których X naświetlał własnym sposobem Nr. 1 i 2, Y. Nr. 3 i 4, Z. Nr. 5. Wspominam o tem dlatego, gdyż sposób naświetlania ma niewątpliwie pewien wpływ na gojenie się sprawy zapalnej po zniszczeniu nowotworu, a toczącej się w jego otoczeniu.

Gołem okiem we wszystkich pięciu przypadkach część pochwowa, przedewszystkiem jej wargi, były skrócone i zniekształcone i wykazywały bliznowate pozaciągania oraz zgrubienia. Najwybitniejsze zniekształcenie i zbliznowacenie, bo zupełny zanik obu warg, wykazywał przypadek 2, następnie przypadek 4, w którym bliznowato zgrubiała część pochwowa zwężała w znacznym stopniu ujście zewnętrzne macicy. Są to przypadki naświetlane bardzo długo, t. zn. 13 i 8 miesięcy przed operacją. Na powierzchni części pochwowej był zgrubiały białawy nabłonek, częściowe mniejsze i większe powierzchowne ubytki pod postacią małych owrzodzeń; w żadnym przypadku nie stwierdzono tkanki nowotworowej. Na rozkrojach części pochwowej nie wykazano nowotworów w 4 przypadkach, w 5-tym zaś było widoczne w głębi niewielkie ognisko, które mogło przedstawiać tkankę rakową. Ognisko to prawdopodobnie nie byłoby stwierdzonem przy badaniu tylko powierzchownem.



Ryc. 3. Kob. lat 32. Rak szyjki I. stopnia, typ B. Roentgen i rad. W 7 tygodni po naświetlaniu radem. Na tylnej ścianie macicy owrzodzenie pokryte ziarniną. Tylna warga zgrubiała. Utkania rakowego nie stwierdzono.

Drobnowidowo stwierdzono w miejscu błony śluzowej zbliznowaciałej części pochwowej lub dolnego odcinka szyjki macicy grubszą lub cieńszą warstwę ziarninowej tkanki zapalnej w głębszych warstwach i w przypadkach starszych tkanki włóknistej lub szklistej. W tej tkance bliznowatej uderzają naczynia krwionośne z silnie zgrubiałemi ścianami i z bardzo małem światłem. Światło naczynia wcale często było zupełnie zamknięte przez tkankę łączną lub też przez włókniejące zakrzepy. Te same zmiany naczyniowe stwierdzono również w mięśniówce, w której były rozległe blizny w otoczeniu zamkniętych naczyń. Najwybitniejsze zmiany naczyniowe wykazano w obu starszych przypadkach 2 i 4 naświetlonych 13 i 8 miesięcy przed operacją, mniej wybitne



Ryc. 4. Kob. lat 40. Rak szyjki I. stopnia, typ B. Roentgen i rad. W 8 miesięcy po naświetlaniu radem. Wargi tworzą twarde zgrubienia wałowate. Utkania rakowego nie stwierdzono.

w przypadkach 1 i 3 naświetlonych 6 tygodni przed zabiegiem. Zmiany naczyniowe zależą zatem od czasu, który upłynął między naświetlaniami a operacją, szczegół, mający znaczenie dla oznaczenia odpowiedniego czasu dla operacji, na który zwrócili uwagę i inni autorowie, jak na wstępie o tem wspomniałam.

Tkanka zapalna albo zupełnie nie wykazywała nabłonka, albo była pokryta wielowarstwowym nabłonkiem płaskim, rogowaciejącym, miejscami jednowarstwowym wałeczkowym, przedstawiającym warstwę podstawową odrastającego nabłonka. To odrastanie ma naogół charakter prawidłowy, zaś w dwóch przypadkach tej grupy na 5 badanych w 4 i 5, wykazałam miejsca, w których odnowa miała cechy bujania atypowego, stanowiącego okres poprzedzający bujanie złośliwe. W tych samych przypad-

kach stwierdziłam podobną atypję komórek również ze strony odstających cewek gruczołowych, powstających z wypustki pasm nabłonka pokrywkowego. I rzeczywiście w jednym przypadku tej grupy udało mi się wykazać związek między atypowo bujającemi cewkami gruczołowemi, a świeżą tkanką rakową, która pod postacią promienistych pasm wnika od powierzchni w głębsze warstwy ściany. Nowotwór ten (Nr. 5.) nie był rozpoznany gołem okiem, lecz stwierdzono go dopiero pod mikroskopem. Pozostałości raka naświetlonego nie stwierdzono w żadnym z 5 przy-



Ryc. 5. Kob. lat 48. Rak szyjki II. stopnia, typ B. Roentgen i rad. W 2 miesiące po naświetlaniu radem. Wargi skrócone i zniekształcone z bliznowatemi pozaciąganiami. Świeże bujanie rakowe.

padków tej grupy. Natomiast w jednym z nich Nr. 2, naświetlonym w 13 miesięcy przed badaniem, w którym część pochwowa była poprostu idealnie zagojoną i zbliznowaciałą, pozostał gruczoł rakowy, w prawem przymaciczu, który następowo się rozwinął. Rozpadający się rak dał liczne przerzuty do płuc i kości i w ten sposób spowodował zejście śmiertelne.

Na jeden szczegół należy zwrócić uwagę, mianowicie na odnowę nabłonka pokrywającego, jakoteż gruczołowego; najtypowiej odbywała się ona w przypadkach 1 i 2, t. j. w przypadkach naświetlonych przez jednego i tego samego radjologa, gdy w przypadku 3 odnowy nie można było wykazać; powierzchnia pokryta była tylko przez tkankę ziarninową i wysięk zapalny, a w przypadkach 4 i 5 była ona atypową i doprowadziła nawet do bujania złośliwego (5).

Czy sposób odnowy nabłonka zależy od sposobu naświetlania i od dawki, trudno powiedzieć. Ze względów praktycznych ma niewątpliwie znaczenie pytanie, czy zarówno przez klinicystę, jak anatoma stwierdzone gojenie się ubytków, powstałych na tle nowotworu, jest korzystniejszem po naświetlaniach samym radem, czy też kombinowanie radem i promieniami X.

Otóż z powyżej wymienionych dwóch najładniej się gojących przypadków, w jednym użyto samego radu, w drugim radu i promieni X; wynikałoby z tego, że rodzaj naświetlania nie wpływa na gojenie się sprawy, z drugiej zaś strony należy zaznaczyć, że w przypadku 5, naświetlonym przed założeniem radu 52 razy promieniami X, odnowa nabłonków była w wysokim stopniu atypową i doprowadziła do bujania złośliwego. Naturalnie materjał przytoczony jest za skąpy, aby upoważniał do pewnego wnioskowania.

Dok. nast.

Dr. Zdzisław ŚWIDER. Pabjanice.

Niedomoga narządu oddechowego [1]).

Z Poradni Przeciwgruźl. Ubezpieczalni Społecznej w Pabjanicach.
Kierownik: Dr. med. Zdzisław Świder.

Określenie „niedomoga narządu oddechowego“ nie istnieje właściwie dotychczas w dziedzinie chorób wewnętrznych; wysuwam je tu przez analogję z niedomogą narządu krążenia. Rzecz ciekawa bowiem, że w dziedzinie schorzeń narządu oddechowego, w przeciwstawieniu do kardjologji, panują niepodzielnie pojęcia natury raczej anatomo-patologicznej, niż czynnościowo-anatomicznej. Mówimy o różnych nieswoistych zapaleniach płuc, o gruźlicy płuc, o nowotworach; wiążemy wprawdzie pewne zmiany anatomo-patologiczne w poszczególnych schorzeniach z różnemi objawami ogólnemi, a więc mówimy o podniesionej temperaturze i osłabieniu serca w gruźlicy, o wpływach toksycznych na ustrój ludzki w przypadkach gruźlicy lub nowotworów płuc, ale za mało o właściwych zaburzeniach czynnościowych narządu oddechowego, o duszności, jej istocie i powstawaniu.

We wszystkich podręcznikach kardjologji mamy nakreślony dokładnie obraz niedomogi narządu krążenia. Niedomoga ta jest następstwem schorzeń różnych: wywola ją i zapalenie mięśnia sercowego i zwyrodnienie jego i wada zastawkowa — obraz niedomogi, t. j. zaburzenia normalnej funkcji serca będzie naogół ten sam, zadaniem diagnostyki różniczkowej jest ustalenie przyczyny tych zaburzeń.

A jaki jest obraz kliniczny niedomogi narządu oddechowego, jaki jest bliższy mechanizm zaburzeń czynności oddychania? O tem wiemy dotychczas niewiele.

W pracy niniejszej pragnę przedstawić wyniki swych badań, stanowiących przyczynek kliniczny do poruszonego zagadnienia. Ponieważ warunki pracy pozwalają mi na rozporządzanie przeważnie materjałem ambulatoryjnym, nie mogłem badań tych rozciągnąć na wszystkie schorzenia narządu oddechowego. Z drugiej strony jednak chodziło tu o badania nowe; przeto, celem otrzymania bardziej przejrzystych wyników, świadomie ograniczyłem notowanie spostrzeżeń tylko do tych schorzeń, w których moment czynnościowy przeważa nad anatomicznym, innemi słowy: do schorzeń lżejszych, uważając, że rzeczą badań dalszych, badań kontrolnych, będzie sprawdzenie słuszności tych spostrzeżeń na materjale szpitalnym.

Na czynność oddechową składa się, jak wiadomo, oddychanie zewnętrzne i wewnętrzne, t. j. wymiana gazów w płucach i tkankach, oraz mechanizm oddechowy, czyli ruchy kl. piersiowej, przepony i mięśni brzusznych.

Otóż przedmiotem naszych badań i rozważań będą nie zaburzenia chemizmu oddychania, t. j. zaburzenia w wymianie gazów, a zaburzenia mechanizmu oddechowego, niesłusznie dotychczas, jak się przekonamy, traktowanego przez klinicystów po macoszemu.

W ten sposób temat nasz został sprecyzowany: chodzi nam o dokładne zbadanie zaburzeń czynności oddechowej, ustalenie pewnych typów klinicznych tych zaburzeń, o bliższe zbadanie zjawiska duszności.

Przed omówieniem jednak różnych zaburzeń w oddychaniu, winniśmy przypomnieć sobie, jak przebiega normalna czynność oddechowa, jak odbywa się zatem oddychanie u człowieka zdrowego. Zdawałoby się, że jest to rzecz zbędna, bo wszystkim dobrze znana. Jeśli zadamy sobie jednak trudu wspólnego przestudjowania opisu przebiegu normalnej funkcji oddychania, to przekonamy się, że opis ten jest niedokładny, że różne nieścisłości sugerują nam poglądy błędne, co skolei musi odbić się na właściwem ujęciu patofizjologji oddychania.

Przebieg normalnego oddechu jest więc opisywany w klinice w sposób następujący: podczas wdechu kl. piersiowa rozszerza się na skutek czynnego działania jej mięśni; wzrasta ujemne ciśnienie w jamie opłucnowej, wzrasta przeto w stosunku do niego dodatnie ciśnienie (atmosferyczne) powietrza w płucach; ten wzrost ciśnienia pokonywuje elastyczność tkanki płucnej, i płuca się rozszerzają: następuje wdech. Podczas wydechu kl. piersiowa opada głównie siłą ciężkości oraz dzięki siłom elastycznym (odprężenia) kl. piersiowej i tkanki płucnej.

A zatem (tak brzmi niedokładny opis kliniczny czynności oddechowej — w ujęciu choćby, że wymienimy dla przykładu, autorytetu w dziedzinie patofizjologji oddychania, jakim jest Straub) tylko wdech odbywa się czynnie, wydech zaś prawie wyłącznie biernie, gdyż *„czynnemi mięśniami wydechowemi organizm ludzki rozporządza w stopniu niewielkim* [2]).

Ten, powszechnie przyjęty przez klinicystów, opis oddechu normalnego jest przecież niedokładny, jak to wynika z porównania go z opisem oddechu normalnego w ujęciu fizjologów. Rozumie się, że błędne pojmowanie przebiegu normalnej czynności oddechowej musiało skolei doprowadzić do powstania zupełnie nieuzasadnionych koncepcyj klinicznych.

Otóż powyższy opis kliniczny oddechu normalnego nie uwzględnia: 1) faktu istnienia *2* typów fizjologicznych oddechu: typu piersiowego i typu brzusznego, 2) przebiegu u człowieka oddechu normalnego, ale nasilonego.

---

[1]) Według odczytu, wygłoszonego w Łódzkiem Tow. Lek. w maju oraz na XIV-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu we wrześniu 1933 r.

[2]) Podkreślenie nasze.

Ad 1. Nazwy: oddech piersiowy i oddech brzuszny oznaczają, że w „typie piersiowym oddycha głównie kl. piersiowa, w typie brzusznym — głównie brzuch“. Lecz to są ogólniki, które nic nam nie mówią. Istota tych 2 typów oddechu stanie się dla nas zrozumiała, jeśli przypomnimy sobie... o istnieniu przepony. Podczas wdechu bowiem czynna jest również przepona, która, kurcząc się, wywiera na płuca działanie ssące od dołu, podobnież jak mięśnie, rozszerzające kl. piersiową, wywierają na płuca to działanie z boków. Przepona, kurcząc się, uciska trzewia brzuszne i tą drogą powoduje uwypuklenie się brzucha. A zatem podczas wdechu mięśnie ściany brzusznej poruszają się również ku przodowi, choć w sposób bierny. Po ustaniu skurczu mięśni wdechowych klatki piersiowej oraz przepony klatka piersiowa opada, jak już wiemy, głównie dzięki swej ciężkości oraz dzięki siłom elastycznym tkanki płucnej, pewien udział biorą wydechowe mięśnie międzyżebrowe. Jednocześnie wiotczeje przepona i zostaje przesunięta ku górze w głąb klatki piersiowej, będąc uciśniętą przez trzewia, na które obecnie działają rozciągnięte poprzednio, w fazie wdechu, (dzięki skurczowi przepony) mięśnie brzucha.

W takim razie jednak opis przebiegu oddechu normalnego będzie się różnił od podanego poprzednio. Powiemy zatem, tym razem zgodnie już z prawdą fizjologiczną (znaną oddawna, lecz nieuwzględnianą przez klinicystów), że podczas wdechu rozszerza się czynnie kl. piersiowa (co pociąga za sobą inne znane zjawiska, jak wzrost ciśnienia ujemnego w jamie opłucnowej i t. d.), ale dzięki skurczowi przepony, który widać jasno w badaniu rentgenologicznem, podnosi się zarazem podczas wdechu i ściana przednia jamy brzusznej, co łatwo stwierdzić na sobie. Innemi słowy: podczas wdechu zarówno pierś, jak i brzuch, poddają się ku przodowi, podczas wydechu kl. piersiowa cofa się raczej biernie, a brzuch zostaje wciągnięty.

Znaczy to, że *podczas wdechu normalnego pierś i brzuch idą zgodnie naprzód, podczas wydechu cofają się.* Tłumaczy to nam nietylko istotę 2 typów oddechu normalnego, ale będzie miało doniosłe znaczenie dla zrozumienia opisanych w II rozdziale zaburzeń w oddychaniu.

Teraz zrozumiemy więc, że w typie piersiowym poddaje się podczas wdechu ku przodowi głównie kl. piersiowa, t. j. amplituda jej ruchu ku przodowi większa jest od uwypuklenia się brzucha, w typie brzusznym naodwrót: kl. piersiowa wykonywa tylko niewielkie ruchy ku przodowi podczas wdechu, natomiast kurczy się głównie przepona, a przez to brzuch uwypukla się bardziej. Podany wyżej opis kliniczny (S t r a u b i inni) oddechu normalnego był więc w istocie rzeczy opisem tylko piersiowego typu oddechu, nieuwzględniającym roli brzucha podczas oddychania, nie brał pod uwagę banalnej prawdy fizjologicznej, że oddech normalny nie jest oddechem wyłącznie klatki piersiowej, a oddechem (typem) mieszanym: piersiowo-brzusznym, a tylko przewaga podczas wdechu 1. lub 2. czynnika stanowi o typie oddechu. A przecież zwrócenie bacznej uwagi nietylko na kl. piersiową, ale i na brzuch, pozwoli nam zrozumieć różne zaburzenia w oddychaniu, które uchodziły dotychczas uwadze klinicystów.

Ad 2. Wspomnieliśmy przed chwilą, że klinika w opisie oddechu normalnego ograniczyła swe spostrzeżenia do klatki piersiowej, nie uwzględniając zachowania się w czasie oddechu brzucha. Zarzut drugi dotyczy nieuwzględnienia roli tego brzucha w oddechu normalnym, ale nasilonym.

Jak słyszeliśmy poprzednio, u człowieka mięśnie brzucha w oddechu zwykłym udziału nie biorą, kurczą się natomiast wydatnie w oddechu nasilonym. Dzięki temu skurczowi mięśni brzusznych zostaje, w fazie wydechu, przesunięta znacznie ku górze zwiotczała przepona; dzięki większej amplitudzie jej ruchów wzrasta działanie od dołu na płuca, a przeto i siła wydechowa płuc. Mięśnie brzuszne są więc silnym dodatkowym mięśniem wydechowym. A przecież nie bierze się go w należytej mierze pod uwagę w rozważaniach patogenetycznych. S t r a u b np., a zgodnie z nim i inni klinicyści, mówiąc o powstawaniu duszności wydechowej, kładą ją na karb większego oporu podczas wydechu, a jednocześnie słabszych sił wydechowych klatki piersiowej. „W wypadkach, w których krążenie powietrza w większych lub drobniejszych oskrzelach jest utrudnione wskutek ograniczonych lub też bardziej rozległych zwężeń, czynna siła mięśniowa często jeszcze wystarcza, aby przecisnąć odpowiednią ilość powietrza przez drogi oddechowe, które same przez się rozszerzają się w tej fazie oddechowej. Podczas wydechu natomiast siły elastyczne nie są w stanie tłoczyć powietrza poprzez kanały wydechowe zwężone“. Ta, powszechnie przyjęta, koncepcja powstawania duszności wydechowej (a więc i duszności oskrzelowej) nie bierze zupełnie pod uwagę istnienia silnego dodatkowego m. wydechowego, jakim są mięśnie brzuszne (!), zwalając całą winę na słabe wydechowe siły elastyczne klatki piersiowej i płuc. Natomiast uwzględnienie udziału m. brzusznych w nasilonej czynności wydechowej pozwoli zrozumieć nietylko istotę astmy prawdziwej (t. j. dusznicy oskrzelowej), ale i pokrewnego jej stanu duszności, występującego u ludzi zdrowych („astmoid“ H o f b a u e r a).

I.

W opisie różnych zaburzeń czynności oddechowej oprę się przedewszystkiem na klasycznej chorobie czynnościowej oddychania, jaką jest dusznica oskrzelowa, gdyż poczynione tu spostrzeżenia przeniesiemy następnie na inne schorzenia: na zaburzenia oddechowe u ludzi zdrowych, na zaburzenia w oddychaniu w gruźlicy płuc, w chorobach serca, w psychonerwicach — czyli t. zw. stany astmoidalne.

Zagadnienie patogenezy dusznicy oskrzelowej posiada, jak wiadomo, jeszcze wiele ciemnych stron. W danej chwili nie chodzi nam jednak o istotę usposobienia do astmy, o podłoże humoralne zaburzeń, prowadzących do astmy — omówiłem to już na innem miejscu[3]): tu chodzi nam o bliższe zbadanie zaburzeń samego mechanizmu oddechowego i o podanie faktów, które dotychczas uchodziły naogół uwadze badaczy.

W celu lepszego zrozumienia tych spostrzeżeń przypomnijmy sobie w skróceniu najważniejsze dotychczasowe poglądy na mechanizm powstawania napadu dusznicy oskrzelowej. Mamy tu więc do zanotowania: 1) teorję skurczu mięśni gładkich oskrzeli, o której brakach była już częściowo mowa, 2) teorję kataralną, 3) teorję skurczu przepony.

Teorja skurczu gładkich mięśni oskrzeli jest naogół powszechnie przyjęta. Bowiem otrzymywano u zwierząt podczas drażnienia n. błędnego skurcz oskrzeli, który usuwała atropina. Za teorją skurczu oskrzeli przemawia również dodatnie działanie spazmolityczne papaweryny, adrenaliny, kofeiny i wogóle substancyj purynowych. Natomiast według S t r ü m p l a stanowi astma typ nerwowy kataru, pokrzywkę śluzówki oskrzeli. W i n t r i c h wreszcie wypowiedział pogląd, że dominującą rolę w mechanizmie powstawania napadu astmy odgrywa skurcz przepony. R i e d e l i E d i n g e r, którzy wykonali badania na zwierzętach, podzielają to zdanie. Jednak K l e w i t z w swej monografji o astmie uważa, że teorja skurczu przepony ma znaczenie raczej historyczne. Teorja „przeponowa“ więc naogół nie cieszy się popularnością, natomiast pierwsze 2 teorje łączy się często, uważając zatem, że podrażnienie nerwu błędnego prowadzi jednocześnie zarówno do skurczu oskrzeli, jak i do wzmożonego wydzielania ich śluzówki. Za chwilę zobaczymy, że teorje te *nie wystarczają w zupełności do bliższego wyjaśnienia spostrzeganych podczas napadu astmy zaburzeń oddechowych.*

Zaburzenia te opisane są w monografjach o astmie oraz w najnowszych dziełach z dziedziny chorób wewnętrznych w sposób następujący:

Chory wciąga powietrze z trudem, posiłkując się pomocniczemi mięśniami wdechowemi, wydech jest nader utrudniony. Chory narzeka na silną duszność i niemożność wykonania głębokiego oddechu. Klatka piersiowa znajduje się w ustawieniu wdechowem; wskutek silnego napięcia wszystkich pomocniczych mięśni oddechowych cała klatka jest uniesiona ku górze. Rzuca się w oczy, że brzuch bierze niewielki udział w czynności oddychania (K r a u s e). Liczba oddechów na minutę jest zwolniona, wydech wydłużony, brak pauzy oddechowej. W jaki sposób następuje wdechowe ustawienie klatki piersiowej? Zwykle podaje się tłumaczenie następujące. Wskutek skurczu oskrzeli powietrze dostaje się z trudem do płuc podczas wdechu, jednak mięśnie (wdechowe) klatki piersiowej pokonywują ten opór. Wydech odbywa się głównie w sposób bierny dzięki słabym siłom elastycznym klatki piersiowej i płuc, (jak o tem słyszeliśmy już poprzednio) a przeto powietrze zużyte nie może być wydalone całkowicie i zalega. Coraz więcej zużytego powietrza zbiera się w płucach, klatka piersiowa ulega rozdęciu, przepona podczas trwania napadu obniża się coraz bardziej — następuje rozedma płuc z wdechowem ustawieniem klatki piersiowej. To tłumaczenie, powszechnie znane i uznane, jest jednak błędne. Błąd polega (przypominamy to, a zarazem uzasadniamy bliżej, gdyż będzie to nam potrzebne do lepszego zrozumienia wywodów dalszych) na założeniu, że już fizjologicznie wydech jest słabszy od wdechu; błąd myślowy tkwi w mylnem wiązaniu pojęcia czynności oddechowej wyłącznie z klatką piersiową, gdy faktycznie oddech w ogólnem znaczeniu tego słowa jako funkcja oddechowa obejmuje za-

[3]) „Rozważania nad patogenezą dusznicy oskrzelowej“. W. Cz. Lek. Nr. 6, 1933.

równo klatkę piersiową jak i brzuch (m. brzuszne!), a siła „wydechowa“ m. brzusznych nie jest słabsza od siły oddechowej klatki piersiowej.

Fizjologja uczy nas, że mięśnie brzuszne biorą czynny udział w nasilonej czynności oddechowej; te silne mięśnie, bynajmniej nie słabsze od mięśni klatki piersiowej, mogłyby więc pokonać opór, stawiany wydechanemu powietrzu przez skurcz oskrzeli, *gdyby te mięśnie ściany brzusznej (i przepony) pracowały należycie podczas napadu.* Nasuwa tu się pewna analogja z zaburzeniami krążenia krwi w wadzie zastawkowej.

Gdy powstanie wada zastawkowa, np. niedomykalność zastawki dwudzielnej, wzmożona praca lewej i prawej komory pokona opory i czynność krążenia utrzyma się naogół w stanie dobrym pomimo wysilonej pracy mięśni obu komór. Podobnie i tutaj. Pomimo skurczu oskrzeli, a więc zaburzeń („wady“) w krążeniu powietrza w rurkach oskrzelowych (analogja do krążenia krwi w naczyniach) nasilona czynność mięśni (wdechowych) kl. piersiowej i mięśni brzusznych, odpowiadających prawej i lewej komorze, pokonałaby opór i czynność oddechowa odbywałaby się normalnie, byłaby wyrównana, choć z większym nakładem energji mięśni. Gdyby mięśnie brzuszne, jako dodatkowe wydechowe, pracowały podczas napadu astmy energicznie, to wzmożona czynność ich (*via* przepona) pokonałaby opór wydechowy i umożliwiłaby należyte opróżnienie płuc z powietrza; nie nastąpiłoby wtedy jego zaleganie w płucach oraz rozedma. *Zahamowanie zatem czynności wydechowej mięśni brzusznych, niedotrzymujących kroku nasilonej czynności wdechowej, — stanowi klucz do dokładnego zrozumienia zachodzących podczas napadu astmy zaburzeń oraz ich przyczynowego związku.*

Że przepona odgrywa w zaburzeniach czynności oddechowej podczas napadu astmy pewną rolę, wbrew zapatrywaniom dawnym, za tem przemawiają badania rentgenologiczne. Krause podkreśla, że badania te nie są wykonywane systematycznie, jakby to należało w klinice czynić. Ekskursje oddechowe przepony odbywają się kurczowo, w sposób niejednostajny, a skokami. Krause też wypowiada pogląd, że gdyby stosować badania rentgenologiczne na szerszą skalę, to niewątpliwie wzrosłaby ilość przypadków z podobnemi zaburzeniami ruchowemi przepony.

Badania własne nie były wykonywane pod kontrolą Roentgena, a polegały na bacznem obserwowaniu u astmatyków ruchów klatki piersiowej, ściany brzusznej i przepony (jej przyczepów i przesuwania się wzdłuż przestrzeni międzyżebrowych). Z natury rzeczy najbardziej dostępne obserwacji były ruchy klatki piersiowej i ściany brzusznej, toteż im głównie poświęciłem uwagę.

Zauważyłem więc, że osłabienie (zahamowanie) czynności ruchowej mięśni brzusznych następuje już na początku napadu, nie jest więc biernem następstwem niskiego (skutek rozedmy) ustawienia przepony. Dalej zwróciłem uwagę na toniczne często napięcie brzucha oraz toniczne napięcie mięśni klatki piersiowej, zwłaszcza dolnej jej połowy. Klewitz w swej monografji o astmie wspomina mimochodem, że mięśnie ściany brzusznej mogą być napięte, jak przy zwężeniu krtani i tchawicy. Hofbauer znowuż, w swojej monografji, wspomina o napięciu mięśni klatki piersiowej. Ale są to spostrzeżenia oderwane, bliżej niepowiązane. Ze spostrzeżeń moich wynika, że podczas napadu astmy mamy do czynienia nietylko ze skurczem tonicznym mięśni gładkich oskrzeli, ale że następuje również skurcz toniczny, t. j. czynne unieruchomienie dolnej połowy klatki piersiowej: unieruchomienie czynne ściany klatki piersiowej *plus* ograniczenie ruchów przepony. Że zahamowanie, często znaczne, ruchów ściany brzusznej nie jest następstwem jakoby rozedmowego niskiego ustawienia przepony, za tem przemawia fakt, że spostrzegamy to zjawisko już na początku napadu, gdy o wybitnej rozedmie mowy jeszcze niema, a po drugie — zachowanie się mechanizmu oddechowego po zastrzyknięciu astmolizyny: odrazu wtedy ustępuje unieruchomienie, t. j. napięcie, dolnej połowy klatki piersiowej oraz m. brzusznych. Pamiętam, jak w jednym przypadku, dotyczącym 15-letniego chłopca, matka chorego, gdy otrzymał już injekcję, zapytała z przerażeniem: „Co mu tak się teraz brzuch porusza, aż kołdra podskakuje?“. Są to spostrzeżenia proste, ale bardzo pouczające, tem bardziej, że poczynione nieraz przez laików. A zatem, zdaniem naszem, na istotę zaburzeń mechanizmu oddechowego w napadzie duszności oskrzelowej składa się nietylko skurcz oskrzeli (z towarzyszącym mu obrzękiem śluzówki), ale również odruchowy skurcz mięśni dolnej połowy klatki piersiowej, skurcz mięśni ściany brzusznej, skurcz prawdopodobnie i przepony. Wynika stąd zarazem, że wdechowe ustawienie klatki piersiowej i niskie ustawienie przepony nie są zjawiskami tylko biernego przystosowania się do powstającej podczas napadu astmy rozedmy płuc, ale to wdechowe ustawienie klatki piersiowej jest również ustawieniem czynnem (tonicznem, odruchowem unieruchomieniem w fazie wdechowej), i sprzyja ze swej strony powstawaniu rozedmy, nie będąc wyłącznie jej następstwem. Nowa koncepcja odwraca zatem do pewnego stopnia związek przyczynowy między temi zjawiskami.

Wydechowy charakter duszności w astmie oskrzelowej tłumaczy się więc: nie istnieniem zasadniczo słabszych, w porównaniu z wdechowemi, sił wydechowych, a *odruchowem*, patologicznem, *ich zahamowaniem.*

Takie ujęcie mechanizmu powstawania napadu astmy pozwoli zarazem zrozumieć istotę pokrewnych zaburzeń, występujących u ludzi zresztą zdrowych („astmoid“ Hofbauera).

Hofbauer zwraca uwagę na to, że u wielu osobników zdrowych występuje przy głębokiem oddychaniu (np. podczas ruchu) dość znaczna duszność. Autor podaje zupełnie słuszne objaśnienie tego zjawiska, dopatrując się jego przyczyny w znacznem nasilaniu wdechu, a nieproporcjonalnem jednocześnie nasilaniu wydechu; nieumiejętność oddychania przeponą i posiłkowania się m. brzusznemi w celu nasilenia wydechu — powoduje nienależyte opróżnianie płuc z powietrza, dostającego się tam podczas nasilonego wdechu. Duszność ta ustępuje z chwilą, gdy oddychanie piersiowe ustąpi miejsca racjonalnemu, a podlegającemu woli, oddychaniu przeponowo-brzusznemu, t. j. gdy dany osobnik nauczy się oddychać brzuchem (m. brzuszne!).

Wspomnieliśmy poprzednio, że ogół autorów w swych rozważaniach patogenetycznych, dotyczących powstawania napadu astmy oskrzelowej, ograniczał się tylko do klatki piersiowej, nie biorąc zupełnie pod uwagę oddychania brzusznego. Hofbauer (i Douglas) należy do nielicznych wyjątków. Ale i ten autor nie daje należytego wyjaśnienia zaburzeń oddechowych, zachodzących w astmie prawdziwej, gdyż przytoczone przed chwilą wytłumaczenie powstawania astmoidu stosuje i do astmy prawdziwej; innemi słowy, Hofbauer sądzi, niesłusznie jednak tym razem, że mechanizm zaburzeń oddechowych w „astmoidzie“ i w „astmie“ jest ten sam.

Faktycznie jednak w „astmoidzie“ Hofbauera duszność polega na tem, że dany osobnik *nie umie* posiłkować się m. brzusznemi — natomiast w astmie prawdziwej, w myśl naszych badań, *nie może*, choćby chciał. W astmoidzie m. brzuszne nie pracują, bo nie funkcjonuje odruch fizjologiczny reagowania na nasilony wdech nasilonym wydechem, jednak zwrócenie uwagi (trening) na tę czynność toruje jej drogę. W astmie prawdziwej istnieje natomiast odruch patologiczny zahamowania tej czynności. Podczas napadu astmy chory walczy nietylko z oporem w drogach oddechowych, ale również ze swemi mięśniami.

*

Przeniesienie punktu ciężkości naszych badań poza płuca, bo na klatkę piersiową, przeponę i m. brzuszne, pozwala nam zrozumieć nietylko opisane już zaburzenia w oddychaniu podczas napadu astmy, ale również zupełnie inną grupę tych zaburzeń, o których będzie za chwilę mowa, pozwoli wreszcie na wyciągnięcie pewnych wniosków leczniczych.

Dok. nast.

Dr. Tadeusz GIZOWSKI. St. Asyst. Kliniki. Lwów.

Poród u starszych pierwiastek.

Z Kliniki Położniczej i Chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Granica wieku starszych pierwiastek jest przez rozmaitych autorów indywidualnie określana. Dzieje się to wskutek tego, że już stosunki anatomiczno-fizjologiczne, warunkujące elastyczność i podatność miękkich części kanału rodnego, są różne u różnych kobiet w tym samym wieku, wskutek czego brak zgody u położników, co do najkorzystniejszego wieku dla pierwszego porodu.

W klinice lwowskiej określamy mianem starszych pierwiastek kobiety pierwszy raz rodzące od 30—35 lat, zaś staremi pierwiastkami nazywamy pierwszy raz rodzące powyżej 35 lat. Odsetek porodów u starszych pierwiastek jest rozmaicie podawany przez statystyki rozmaitych zakładów, nietylko spowodu różnicy w określaniu wieku starszych pierwiastek, ale również ze względów rasowych i geograficznych. I tak Ahlfeld podaje 1.6%, Winckel 2.3%, Hecker 3.5%, Aschenborn 5.5% porodów przypadających na starsze pierwiastki.

Nasz materjał obejmuje ostatnie pięciolecie, t. j. lata 1928—1933. Na ogólną w tych latach ilość porodów 4436 rodziło starszych pierwiastek 300, starych 92, razem 392, czyli 8.8%. Ten wielki odsetek porodów u starszych pierwiastek przypisuję trudnym warunkom socjalnym, które zmuszają do późnych małżeństw, względnie do przerywania ciąży w pierwszych latach małżeństwa. Wśród starych pierwiastek musimy rozróżnić dwie grupy.

Do pierwszej należą kobiety, które późno wychodzą zamąż, już po latach rozwoju i dojrzewania, tem samem w starszym wieku rodzą. Są to przypadkowe starsze pierwiastki. Do grupy drugiej należą kobiety, które mimo stosunków dopiero po kilku latach małżeństwa zachodzą w ciążę. W tej drugiej grupie starszych pierwiastek decydującą rolę odgrywa konstytucja, późne dojrzewanie płciowe, późne wystąpienie pierwszej miesiączki. Są to przeważnie rodzące z niedorozwiniętym czy infantylnym narządem rodnym. Te właśnie rodzące rodzą gorzej, lecz komplikacje porodowe kładziemy nie na karb niepodatności części miękkich wskutek wieku, lecz na karb niepodatności tychże i braku dobrych bólów porodowych spowodowanych niedorozwojem konstytucjonalnym.

U starszych pierwiastek w wieku 30—35 lat, pierwsza miesiączka występowała w latach 13—15 w 68%, w latach 16—20 w 32%.

U starych pierwiastek w wieku powyżej 35 lat występowała pierwsza miesiączka w latach 13—15 w 63%, w latach 16—20 w 37%.

Statystyka nasza różni się od innych statystyk tem, że przeważający odsetek starych pierwiastek wykazuje czas pierwszej miesiączki przed 16 rokiem życia, podczas gdy autorzy inni podają przeważający odsetek pierwszych miesiączek u starych pierwiastek na wiek powyżej lat 16.

Wskazywałoby to na to, że nasze stare pierwiastki należą raczej do pierwszej grupy przypadkowych starych pierwiastek, że więc kryzys socjalny powoduje późne wychodzenie zamąż, tem samem zaś późne zastąpienie.

W ciąży u starych pierwiastek spostrzegamy często powikłania pod postacią zatrucia ciążowego. Lekkie objawy, jak wymioty, bóle głowy, zauważyliśmy częściej niż u młodych pierwiastek, cięższe zatrucia, jak białkomocz, obrzęk kończyn dolnych i zapalenia nerek spostrzegaliśmy w 3.7%, a więc daleko rzadziej niż to notują inni autorzy (Kleinwächter w 10.18%). Sądzimy więc, że przebieg ciąży u starszych pierwiastek nie różni się od ciąży młodych pierwiastek.

Poród u starszych pierwiastek trwa niewątpliwie dłużej, niż u pierwiastek młodych. I okres porodowy trwał przeciętnie 30 godzin, II okres porodowy 7 godzin i proporcjonalnie do wieku przedłuża się.

Przedłużanie się porodu starszych pierwiastek powodują niepodatne, twarde tkanki kanału rodnego, to jest szyi, podstawy miednicy i krocza, wskutek czego rozwierają się drogi porodowe wolniej, z drugiej zaś strony nie można zaprzeczyć, że i słabe bóle porodowe wpływają również na czas trwania porodu. Pierwotnie słabe bóle porodowe nie występują tak często u starych pierwiastek, jak to opisują inni autorzy (Ahlfeld, Eckhard). Natomiast następowy brak bólów porodowych wskutek wyczerpania mięśnia macicznego należy prawie do reguły. Bóle porodowe u starszych pierwiastek charakteryzują się uciążliwością i dolegliwością wskutek nieelastycznych części miękkich. Przedłużanie się czasu porodu jest spowodowane dalej częstem ścieśnieniem miednicy. W naszym materjale ścieśniona miednica u starych pierwiastek występowała w 28%. Mangiagalli podaje ponad 50%, Kleinwächter 26%, Aschenborn 10%, Hecker 3.3%. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego zauważyliśmy tylko w 16%, a więc o wiele mniejszym odsetku niż inni autorzy (Kashdan 25%).

Jeżeli idzie o położenie płodu, to nie mogliśmy stwierdzić częstszego występowania nieprawidłowego położenia. I tak w położeniu miednicowem rodziło się zaledwie 3% płodów (Kashdan 4.26%, Kalinowski 8.4%). Położenie poprzeczne płodu zauważyliśmy w 1% i to w przypadkach miednic ścieśnionych.

W postępowaniu naszej kliniki w stosunku do starych pierwiastek, zwracamy uwagę przedewszystkiem na starsze pierwiastki konstytucyjnie niedorozwinięte, gdyż te rodzą gorzej, niż starsze pierwiastki przypadkowe.

W I okresie porodowym, gdy bóle porodowe są prawidłowe, gdy pęcherz płodowy jest utrzymany, postępujemy wyczekująco. Jeżeli bóle porodowe są słabe, wkraczamy już w I okresie porodowym, podając środki wzmacniające bóle porodowe (gorąca kąpiel, chinina, tymofizyna).

W II okresie porodowym w razie słabych bólów porodowych, zwalczamy je podobnie jak w I okresie porodowym, wreszcie uciekamy się częściej do zabiegów operacyjnych. To radykalniejsze postępowanie jest uzasadnione większą skłonnością do zakażenia, jak też większą śmiertelnością płodów wskutek przedłużającego się porodu. Z zabiegów operacyjnych wchodzą w grę przedewszystkiem kleszcze. Dawniejsi autorzy podają około 20% starych pierwiastek rozwiązywanych przy pomocy kleszczy. U nas zakładano kleszcze w 10.7%, z tego wysokie kleszcze Kiellanda w 6%, niskie kleszcze w 4.7%. Ten mniejszy odsetek operacyj kleszczowych w naszym materjale tłumaczy się częstem stosowaniem środków wzmacniających bóle porodowe, z drugiej zaś strony, częstszem rozwiązywaniem przez cięcie cesarskie wykonanem u nas w 4% przypadków.

Cięcie cesarskie stosowaliśmy nietylko ze wskazań bezwzględnych, jak np. większe ścieśnienia miednicy, ale i ze wskazań względnych. I tak w położeniach nieprawidłowych, przedwczesnem odejściu wód płodowych i t. p. stosujemy częściej niż zwykle cięcie cesarskie. Zwłaszcza u rodzących pierwiastek powyżej 35 lat liczyliśmy się ponadto z życzeniem rodzących posiadania absolutnie żywego dziecka z uwagi na okoliczność, że taka stara pierwiastka niejednokrotnie po raz drugi nie zachodzi w ciążę.

W przypadkach czystych z zasady posługiwaliśmy się cięciem cesarskiem, w wątpliwych przypadkach, jeżeli nie było innych przeciwwskazań, stosowaliśmy kleszcze Kjellanda. Wymóżdżenie wykonano w 3.5%. Były to wszystko przypadki, które zgłosiły się do kliniki już w stanie poważnego zaniedbania, na które niewątpliwie wpłynęła bardzo poważnie niepodatność części miękkich kanału rodnego.

Wskutek gorszego dostarczania tlenu płód obumiera, a grożące zakażenie rodzącej zmusza do wymóżdżenia. Ta sama niepodatność części miękkich czyni w nich spustoszenie w czasie przerzynania się główki. W 32% porodów u starszych pierwiastek powstały pęknięcia krocza, względnie wykonano nacięcia krocza, w 3% powstały pęknięcia szyi macicy. Poród musi też wywoływać uszkodzenia mięśni podstawy miednicy, których następstwem są tak liczne wypadania pochwy po porodach u starszych pierwiastek.

Trzeci okres porodowy charakteryzuje się powolniejszem odklejaniem się łożyska, krwawieniami skutkiem uszkodzeń części miękkich kanału rodnego, a przedewszystkiem niedowładem macicy wskutek zmęczenia mięśnia macicy długą pracą porodową w poprzednich okresach porodowych.

W połogu, już choćby ze względu na liczne zabiegi operacyjne, konieczność częstszego badania, na zwiększoną możliwość zakażenia wskutek długotrwającej czynności porodowej częściej notowaliśmy powikłania. Jednorazowe podwyżki ciepłoty powyżej 38° obserwowaliśmy w 5%, kilkorazowe podwyżki ciepłoty powyżej 38° również w 5% przypadków.

Natomiast nie obserwowaliśmy w połogu zakażeń, co tłumaczyć może radykalniejsze postępowanie w czasie porodu.

Wszystkie statystyki wykazują, że u starszych pierwiastek stosunkowo często występuje w czasie porodu zamartwica a nawet obumarcie płodów wskutek przedłużania się porodu, według Seitza u starszych pierwiastek 7—8% płodów rodzi się nieżywych, lub w asfiksji, których docucić się nie udało.

Materjał nasz (392 przypadków) wykazuje 14 płodów urodzonych nieżywo, t. j. 3.5%. W tych 14 przypadkach wykonaliśmy wymóżdżenie, były to przypadki przywiezione do kliniki przeważnie z prowincji w stanie zaniedbanym.

Wielu autorów twierdzi, że starsze pierwiastki rodzą przeważnie chłopców. Stosunek chłopców do dziewczynek ma być według Ahlfelda 137:100, Kalinowskiego 124:100.

U nas stosunek ten wynosił 104:100, czyli że stare pierwiastki mniej rodziły chłopców niż normalnie. Również liczni autorowie podkreślają częstsze porody bliźniaków u starych pierwiastek. Według Eckharda 2.4%, Kashdana 1.9%. Nasz materjał wykazuje odsetek bliźniaków 1.2%.

Baisch uważa częstsze porody bliźniaków przeważnie jednojajowych u starszych pierwiastek za pewną cechę degeneracji, następstwo typu infantylnego, tak częstego u starszych pierwiastek.

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Dr. med. H. MIERZECKI. Lwów.
Inż. chem. W. SZANKOWSKI.

O leczniczem stosowaniu sulfokwasów naftowych i ich pochodnych.

Z Zakładu Technologji Nafty Politechniki Lwowskiej (Kierownik: prof. Dr. Stanisław Pilat) i z Przychodni Chorób Wenerycznych Ubezpieczalni Lwowskiej.

II.

Sole glinowe sulfokwasów naftowych w leczeniu upławów nieswoistych.

Własności fizyko-chemiczne sulfokwasów naftowych (1), a w szczególności własności wysuszania, odwadniania, zwężania naczyń i inne własności przeciwzapalne nęciły nas oddawna, by zastosować je do leczenia upławów kobiecych *(fluor albus et flavus)*. Próby poczynione z solą amonową *(Naphtamon* (3, 5)), jako przepłókiwanie (w roztworze 0,2%) dały wprawdzie wyniki zadowalające, podobne do przepłókiwań ichtjolem, plamiąc jednakowoż bieliznę a podane w postaci przemywań okazały się w praktyce niewygodne. Dążeniem naszem było tedy wzmożenie działania ściągającego sulfokwasów naftowych, przy równoczesnem nadaniu im właściwości odkażających, w mierze dla flory bakteryjnej pochwy potrzebnej. To skłoniło nas do opracowania nowego związku chemicznego, któryby łączył właściwości sulfokwasu naftowego i glinu.

Otrzymanie soli glinowej miało na celu wyzyskanie cennych własności sulfokwasów dla leczenia kobiecych upławów. Chodziło tu z jednej strony o szybkie przenikanie i łatwe rozprowadzenie związku glinowego w schorzałej błonie śluzowej, z drugiej strony o uzyskanie możliwie trwałej postaci preparatu, w którymby glin znajdował się w stanie rozpuszczalnym, względnie jako delikatna zawiesina. Łatwość hydrolizowania się w wodnym roztworze wszystkich bez wyjątku soli glinowych, i to zarówno soli silnych kwasów mineralnych, jak i tem bardziej soli słabych kwasów organicznych, kazały zgóry przewidywać, że także i nasza sól glinowa, jakkolwiek należąca do silnego kwasu organicznego, będzie w roztworze zhydrolizowana w myśl równania:

$$(C_{13}H_{12}SO_3)_3\,Al + 3\,H_2O \rightleftarrows 3\,C_{13}H_{12}SO_3H + Al\,(OH)_3$$

Musieliśmy w dalszym ciągu rozważań uwzględnić fakt, że powstający przy hydrolizie wolny sulfokwas będzie wybitnie oddziaływać kwaśno, co w danym przypadku zastosowania leczniczego było pożądanem, ze względu na stwierdzone zachowanie się drobnoustrojów chorobotwórczych w środowisku kwaśnem (niżej pH 4,5). Jest bowiem wiadome, że jednym z objawów upławów jest cofnięcie się kwasoty płynu pochwowego aż do reakcji niemal obojętnej. Oddziaływanie kwaśne preparatu glinowego było zatem dalszym momentem przysposabiającym otrzymaną sól glinową do zastosowania w leczeniu upławów.

W preparatywnym problemie uzyskania soli glinowej wyłoniły się zatem dwa zagadnienia zasadnicze: pierwsze uzyskania wodorotlenku glinowego w postaci trwałego hydrosolu, drugie ustabilizowanie kwasoty roztworu na poziomie takim, by nie działał on przy dłuższem zetknięciu z tkanką nadżerająco. Problem pierwszy, t. j. uzyskanie niekoagulującego się wodorotlenku glinowego, rozwiązano w ten sposób, że przyrządzając sól glinową operowano stale roztworami bardzo stężonemi, przez co unikano silnego działania hydrolitycznego wody. Pomimo to roztwory wodne soli glinowej ulegały po kilku dniach zupełnej hydrolizie z wydzielaniem żelu wodorotlenku glinowego. Ponieważ w toku doświadczeń okazało się, że obojętne sole sulfokwasów naftowych, w szczególności sole alkaliczne i ziem alkalicznych, działają silniej hydrotropująco, aniżeli sam sulfokwas, spodziewano się przez dodatek tych soli ustabilizować powstający w momencie hydrolizy wodorotlenek glinowy w postaci nierozpuszczalnej. Istotnie kombinacja świeżo spreparowanej soli glinowej z obojętnym rozpuszczalnym sulfonianem wapniowym pozwoliła uzyskać roztwór klarowny, niewydzielający wodorotlenku glinowego. Oddziaływanie takiego roztworu jest silnie kwaśne, co dowodzi, że nastąpiła hydroliza, mimo to jednak wodorotlenek glinu pozostaje w roztworze w postaci rozpuszczalnego hydrosolu.

Dodatek obojętnej soli wapniowej rozwiązuje poczęści problem drugi, t. j. stemperowanie zbyt silnej kwasoty roztworu, działając poprostu jako środek rozcieńczający. Roztwory soli glinowo-wapniowej uzyskane w stężeniu ok. 1-normalnem, co z uwagi na wysoki ciężar cząsteczkowy odpowiada roztworowi ok. 50%, wykazują kwasotę wyrażoną zapomocą pH ok. 1, w rozcieńczeniu czterokrotnem kwasota spada do pH ok. 2,5, w rozcieńczeniu ok. 100-krotnem ustala się na ok. 3.7. Takie rozcieńczenie mniejwięcej posiada preparat wprowadzony pod postacią gałek w ilości 0.50 g pierwotnego roztworu do pochwy, ulegając tam rozcieńczeniu przez płyn pochwowy.

Roztwór soli glinowo-wapniowej przedstawia ciemno-brunatną zawiesistą ciecz, zupełnie klarowną, o słabej aromatycznej woni, charakterystycznej dla czystych sulfokwasów naftowych, zawiera ok. 35% suchej substancji, której zawartość jonu wapniowego wynosi ok. 4%, glinu ok. 1.8%.

Ze względu na to, że związek ten był pomyślany przez nas jako lek przeciwko upławom, przeprowadziliśmy próby orjentacyjne z temi drobnoustrojami, które przedewszystkiem stwierdza się w pochwie kobiecej przy wzmożonych upławach, a zatem ustaliliśmy narazie wpływ soli glinowej na pałeczki okrężnicy. Do badań naszych posługiwaliśmy się temi samemi metodami, które zastosowaliśmy w badaniu bakterjobójczości soli srebrowej *(naphtargol)* (2) na pałeczki okrężnicy i uzyskaliśmy wyniki dodatnie. Pałeczki okrężnicy ginęły w oryginalnym roztworze soli glinowej po 15 minutach. Kontrola wypadła dodatnio.

Kontrola kliniczna potwierdziła nasze przesłanki teoretyczne i badania pracowniane. Przykładowo podajemy trzy historje naszych chorych.

K. R. służąca lat 24. L. prot. 129813. Dnia 1 marca 1934 zgłasza się spowodu bardzo obfitych upławów trwających od szeregu tygodni: błona śluzowa pochwy jest wybitnie zaczerwieniona i lekko obrzękła, upławy są bardzo obfite, śmietanowate. Chora skarży się nadto na świąd i pieczenie. Badanie drobnowidowe wykazuje liczne nabłonki i nieliczne leukocyty, bardzo obfitą florę bakteryjną złożoną głównie z gramo-dodatnich pałeczek. Dwoinek Neissera nie stwierdza się. Badanie hodowlane potwierdza obraz drobnowidowy. Po przepłókiwaniu pochwy wodą destylowaną i dokładnem oczyszczeniu jej wacikiem wprowadzaliśmy w wzierniku mlecznym nasz preparat i przytrzymywaliśmy go tamponami. Tampony wybraliśmy następnego dnia. Dnia 4. III. zauważono zmniejszenie się upławów i obrzęku. 12. III. upławy znikły zupełnie a błona śluzowa pochwy wykazała obraz prawidłowy.

W. Z. lat 21. laborantka dentystyczna L. prot. 136998. Dnia 8 marca zglasza się spowodu upławów trwających od dwóch tygodni. *Suspectio quoad gon.* Badanie drobnowidowe i hodowlane dwoinek Neissera nie wykazuje. Błona śluzowa pochwy silnie zaczerwieniona, nieobrzękła, upławy białe, obfite. U chorej zastosowano leczenie gałkami glinowemi metodą wyżej podaną w czasie od 12. III. do 6. IV. Upławy zmniejszały się po dwóch dniach stając się grudkowate a nawet płatowate, po dniach 14 ustąpiły w zupełności. Chora zauważyła nawrót dopiero dnia 7. VI. U chorej tej zastosowano tedy bez przerwy codziennie leczenie gałkami, powodując w czasie stosunkowo krótkim ustąpienie objawów chorobowych, nie powodując natomiast ani nadżerek, ani też zadrażnienia błony śluzowej pochwy.

W. A. lat 32. kilimkarka. L. prot. 192563. zgłasza się dnia 30 marca spowodu bardzo obfitych upławów śmietanowatych trwających od 6 miesięcy, błona śluzowa pochwy silnie obrzękła. Badanie drobnowidowe wykazuje w cewce nieliczne nabłonki i leukocyty. Dwoinek Neissera nie znaleziono. W macicy zaś dość liczne nabłonki, nieliczne leukocyty, różnorodna obfita flora bakteryjna, dwoinek Neissera nie znaleziono. Hodowla ujemna. U chorej zastosowano leczenie gałkami glinowo-naftowemi w czasie od 5 kwietnia do 23 kwietnia. Już po dwóch dniach upławy zmniejszają się, obrzęk ustępuje a błona śluzowa blednie. 10. IV. *menses*, 14. IV. upławy ustępują w zupełności, chora utrzymuje gałki zapobiegawcze do 23. IV. Kontrola 12. V.: błona śluzowa pochwy prawidłowa, upławów nie stwierdza się.

Jak z dotychczasowych prób wynika, uzyskaliśmy nowy związek chemiczny, posiadający wszystkie właściwości fizykochemiczne sulfokwasów naftowych, działający ściągająco i antyseptycznie na błonę śluzową pochwy a hydrolizując się powoli działa równocześnie jako moderator kwasoty pochwy, powodując w ten sposób poza swem działaniem bakterjobójczem zmiany podłoża i nasilenia upławów.

Piśmiennictwo:

1) St. Pilat, J. Sereda, W. Szankowski: Petroleum. 1933. (3). — 2) Mierzecki i Neyman: Przegląd Dermatologiczny 1933. (3). O leczniczem stosowaniu sulfokwasów i ich pochodnych. Cz. I. — 3) Mierzecki: O zastosowaniu ropy naftowej w lecznictwie (Streszczenie Zjazdu dermatologów polskich. 1932). — 4) Mierzecki: Badania czynnościowe skóry w przemyśle. „Przegląd Dermatologiczny" 1933 (4). — 5) Mierzecki: Zastosowanie ropy naftowej i sulfokwasów naftowych w lecznictwie. („Praktyka Lekarska" 1933).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Edward SZCZEKLIK. Kraków.

Blok zatokowo-przedsionkowy.

Z Oddziału I B Szpitala św. Łazarza.
Ordynator: Doc. Dr. A. Oszacki.

Na oddziale I B. Szpitala św. Łazarza mieliśmy możność spostrzegania dwóch przypadków bloku zatokowo-przedsionkowego, których opis podajemy poniżej, ze względu na dużą rzadkość tego zjawiska.

Przypadek I. Chora Żel. Kat. Lat 38. Zgłasza się spowodu zapalenia stawów, które kolejno obejmowało wszystkie stawy. W 14 r. ż. przebyła po raz pierwszy zapalenie stawów, po którem zostały jej bicia serca. W dniu przyjęcia t. j. w 2 tygodnie po rozpoczęciu się obecnej choroby stwierdza się jeszcze obrzękłe i silnie bolesne stawy nadgarstkowe i kolanowe, pozatem utrudnienie ruchomości w stawach barkowych, łokciowych i skokowych.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Polyarthritis rheumatica acuta recidivans in inviduo c. stenosi ostii venosi sinistri et insufficientia valv. mitralis in stadio decompensationis. Pancarditis rheumatica. Dissociatio sino-auricularis in decursu morbi.*

Po 4 dniach pobytu na oddziale otrzymała chora digitalinę, której wzięła w ciągu 6 dni 100 kropel. W 6 dniu pobierania naparstnicy wystąpiła *bradyarythmia,* (tętno 62, przepuszczające). Ekg. wykonany w 3 dniu pobytu chorej na oddziale przed zastosowaniem naparstnicy wykazał: przewagę elektryczną komory prawej, przedłużenie czasu P-R do 0,20, wysokie P. w I i II odprowadzeniu a zatem częściowy blok przedsionkowo-komorowy i cechy elektrokardjograficzne jak przy wadzie zastawki dwudzielnej. Ekg. wykonany w 6 dniu pobierania naparstnicy wykazuje poza powyższemi zmianami jeszcze częściowy blok zatokowo-przedsionkowy.

Na przedstawionym Ekg. (ryc. 1.) widzimy (w odprowadzeniu II-m): po okresie przedsionkowo-przedsionkowym trwającym 85/100 sek., przerwę znamienną dla wypadnięcia skurczu przedsionków i komór i wynoszącą 165/100 sek., a więc nieco mniej niż podwójny okres poprzedni; dalej następuje znowu przerwa w czynności przedsionków i komór o okresie 195/100 sek., poczem następny okres przedsionka do przedsionka wynosi 90/100 sek., a więc więcej niż podobny okres przed 1. przerwą. Dalsze dwa następne okresy wynoszą 85/100 i 82,5/100 sek., poczem znów następuje przerwa.

Po wstrzyknięciu 1 mg atropiny zmiany powyższe nie ustąpiły.

Przypadek II. Chory Les. Abr. Lat 44, zgłasza się ze skargami, że od roku miewa zawroty głowy, chwilowe uczucie zamierania serca. Przy wysiłkach fizycznych nie męczy się. Dziedziczność, przebyte choroby: nic szczególnego.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Myocarditis. Dissociatio sinoauricularis. Arteriosclerosis aortae. Neurosis vegetativa vagotonica.* Ekg. w II odprowadzeniu (ryc. 2): po okresie przedsionkowo-przedsionkowym wynoszącym 90/100 sek., przychodzi przerwa równa 175/100 sek. poczem następny okres od przedsionka do przedsionka wynosi 105/100 sek. dalsze zaś okresy równają się 90/100 sek. Czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (P-R) wynosi 18/100 sek. i nie ulega nigdzie wybitniejszej zmianie. Ekg. wykonany po pracy fizycznej (przysiady) nie wykazuje zmian. Ekg. po wstrzyknięciu podskórnem atropiny wykazuje zupełne ustąpienie bloku.

Według Wenckebacha należy odróżnić w bloku zatokowo-przedsionkowym — podobnie zresztą jak w bloku przedsionkowo-komorowym — blok częściowy i blok zupełny.

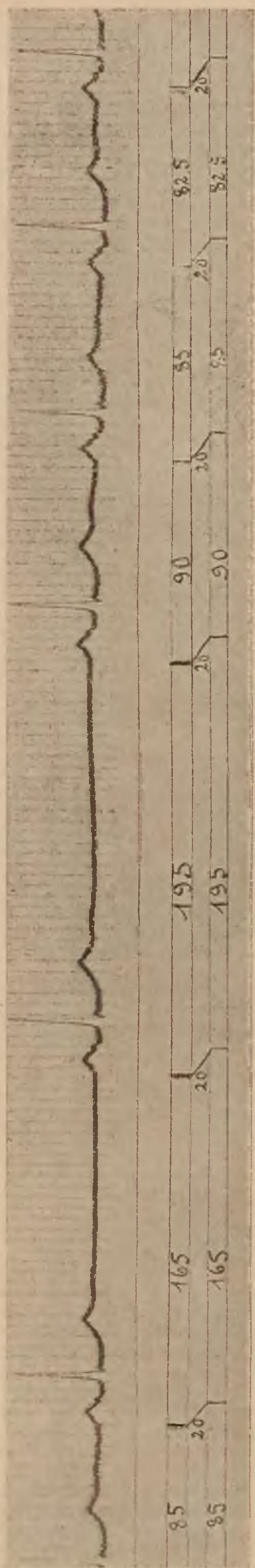
W bloku częściowym można wyróżnić 2 typy:

Typ 1), w którym wraz z wypadnięciem skurczu przedsionków i komór występuje przedłużenie przewodnictwa zatokowo-przedsionkowego.

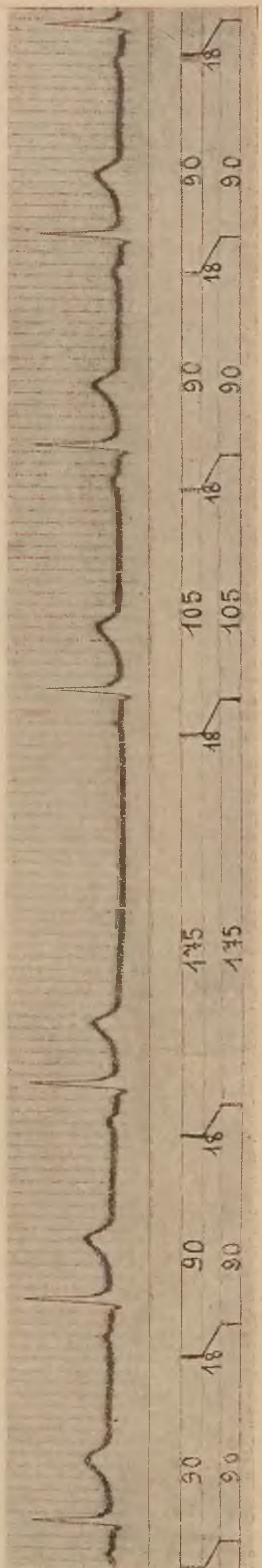
Typ 2), w którym przewodnictwo zatokowo-przedsionkowe nie wykazuje zmian a przychodzi jedynie do wypadnięcia skurczu przedsionków i komór. Blok zupełny zatokowo-przedsionkowy nie jest do pomyślenia bez współudziału innych ośrodków, które w tych razach obejmują kierownictwo (węzeł Tawary).

Przedstawiony tutaj przypadek pierwszy bloku zatokowo-przedsionkowego można zaliczyć do typu pierwszego według Wenckebacha.

Komory biją tutaj w zupełnej zależności od przedsionków, przerwa zaś znamienna dla wypadnięcia skurczu przedsionków i komór zależy od zblokowania podniety idącej z zatoki i wynosi nieco mniej niż podwójny okres przedsionkowo-przedsionkowy. Ostatnia bowiem przed przerwą podnieta wychodząca z zatoki



Ryc. 1.



Ryc. 2.

wymaga dłuższego czasu przebycia do przedsionka, skutkiem przedłużenia przewodnictwa zatokowo-przedsionkowego, aniżeli podnieta zatokowa, która wypadła w czasie przerwy. Przerwa druga następuje zaraz po przerwie pierwszej, jest nieco większa od pierwszej, co odpowiada spostrzeżeniom uczynionym przez Wenckebacha. Po pauzie drugiej występuje znowu okres, który jest dłuższy od okresu przed pauzą. Pewną niemiarowość jaką tu spotykamy, należy tłumaczyć zaburzeniami w przewodnictwie podniety idącej z zatok do przedsionków.

Przypadek drugi przedstawia cechy typu drugiego, przerwa odpowiadająca wypadnięciu skurczów przedsionków i komór jest prawie dwa razy tak dużą jak prawidłowe okresy przedsionkowo-przedsionkowe tego chorego; nieznaczne wahania długości okresów przedsionkowych zależne są od napięcia nerwu błędnego tak, jak to bywa w niemiarowości zatokowej. W Ekg. tego chorego nie spotykamy się z niemiarowością taką, jak w Ekg. poprzednim, gdyż czas przewodnictwa zatokowo-przedsionkowego nie uległ tu zmianie a jedynie przychodzi do zblokowania podniety zatokowej, w następstwie czego wypada skurcz przedsionków i komór.

W pierwszym naszym przypadku możemy z wszelką pewnością przyjąć, że naparstnica wywołała blok zatokowo-przedsionkowy, który ustąpił po jej odstawieniu. Chora ta przedstawiała pewne usposobienie do wystąpienia bloku, gdyż znajdowała się w okresie pełnego zakażenia reumatycznego, które dotknęło nietylko stawy ale całe serce, zwłaszcza mięsień sercowy, co można było stwierdzić znajdując przedłużony czas P-R do 0,20, jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Blok zatokowo-przedsionkowy był tego samego charakteru, posiadał te same cechy co częściowy blok przedsionkowo-komorowy (przedłużenie czasu P-R do 0,20 sek.) to jest wykazał upośledzenie przewodnictwa. Należy podkreślić, że wystąpienie bloku zatokowo-przedsionkowego jest rzeczą w reumatyzmie m. sercowego rzadką, gdyż jak wiadomo najwięcej w tych razach występuje zaburzenie w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem.

W przypadku drugim blok zatokowo-przedsionkowy należy przypisać daleko posuniętej wagotonji, za którą przemawiały badania kliniczne.

Być może, że odgrywały tu rolę jeszcze inne czynniki jak np. upośledzenie odżywiania węzła zatokowego spowodu zmian miażdżycowych gałązki prawej tętnicy wieńcowej, która unaczynia węzeł zatokowy. Możnaby o tem myśleć na tej podstawie, że w tętnicy głównej znajdujemy duże zmiany miażdżycowe u osobnika dość młodego, nie mamy jednak na to dowodów autoptycznych.

W rozpoznaniu różniczkowem bloku zatokowo-przedsionkowego należy uwzględnić skurcze dodatkowe przedsionkowe i niemiarowość zatokową, które jednakowoż w naszych przypadkach moglibyśmy wykluczyć na podstawie dokładnej analizy elektrokardjogramów.

Rokowanie w przypadkach bloku zatokowo-przedsionkowego zależne jest od tła bloku. Leczenie powinno być przyczynowe, pozatem można stosować atropinę w celu uregulowania wpływu n. błędnego na węzeł zatokowy.

Piśmiennictwo zebrane w monografjach:

Wenckebach und Winterberg: Die unregelmässige Herztätigkeit 1927. — Clerc: Les arythmies en clinique. 1925.

Dr. Eryk OBSTÄNDER. Bielsko na Śl.

Przypadek parkinsonizmu i myopatji.

Pojęcia nasze o dziedziczności niektórych zespołów neurologicznych z jednej, względnie o pochodzeniu wyłącznie zewnętrznem z drugiej strony, okazały się nieścisłemi. Próbowano więc rozróżniać pomiędzy postacią „wewnątrzpochodną" a „egzogeniczną" jednego i tego samego zespołu. I nawet to nie ułatwiało nam poznania pewnych obrazów chorobowych! Dlatego musimy dziś, zaczynając od podstaw, zastanowić się nad tem, że dużo objawów i zespołów endogenicznych wychodzi dopiero najaw pod wpływem czynników zewnętrznych. Dla przykładu przytaczam opisany przez Sterna przypadek *sclerosis lateralis myatrophica*, powstały na froncie, lub przypadki syryngomyelji Salusa, i t. d.

Schilder i inni autorowie opisali u chorych z parkinsonizmem zwyrodnienie mięśni z przerostem rzekomym. Współistnienie parkinsonizmu pośpiączkowego z zespołem myopatji wydaje się nam już mniej dziwnem, odkąd poznaliśmy dzięki bogatej na ten temat literaturze różnorodność objawów pośpiączkowych. Jednak mimo licznej kazuistyki nie jestem w stanie stwierdzić stanowczo pochodzenia śpiączkowego myopatji w przypadku, który obserwowałem w Szpitalu Powszechnym w Białej. Z tem zastrzeżeniem go podaję.

Chora Szcz. lat 28, rzk.-kat., podaje, że w rodzinie nie było chorób nerwowych lub umysłowych, alkoholizmu lub przestępczości. Ojciec zmarł w 61 r. życia, matka zdrowa, 4 rodzeństwa, nie było poronień. Pacjentka urodziła się na porze, poród był normalny, bez pomocy akuszerki lub lekarza. W dzieciństwie nie chorowała wcale, nie mając styczności z innemi dziećmi, bo żyła w dalekiej wiosce górskiej. Pierwszy perjod miała dopiero w 19 r. życia, z początku nieregularna, później jednak regularna miesiączka, skąpe krwawienia, trwające 6—7 dni. Ciąży nie przechodziła. W roku 1926, kiedy pracowała w szpitalu wojskowym jako służąca, zachorowała ciężko na „grypę lub tyfus". Choroba trwała kilka tygodni, gorączka była niewysoka, chora jednak miała szalony ból głowy dniem i nocą tak, że przez cały czas nie mogła spać. Nie mogła otworzyć ust, „tak ją szczęki bolały"; nie jadła i opadła znacznie ze sił. Już w początku choroby tej zauważyła, że lewa ręka jest słabsza, sztywna i drży przy ruchach dowolnych. Nieco później i lewa noga zesztywniała, nie mogła już chodzić spowodu sztywności. Zesztywnienie to ogarnęło, jak chora podaje, stopniowo całe ciało, będąc zawsze wyraźniejszem po stronie lewej.

Obecnie skarży się na ogólne osłabienie, przedewszystkiem rąk; nie może ich podnieść porządnie, jak dawniej, nie może wskutek tego pracować. Chód stał się niepewny, lewa noga ją boli. Otoczenie jej zauważyło, że trzyma głowę pochyloną do przodu i sztywno. Zaburzeń mowy nie było. Nie miała podwójnego widzenia lub skurczów gałek ocznych. Nie ma ślinotoku. Mocz i kał oddaje prawidłowo; sen jest dobry, *venerea negantur*.



Status praesens: źrenice okrągłe, prawa o ślad szersza od lewej; dobrze reagują na światło i przystosowanie. Węch nie jest upośledzony. Nieznaczny zez zbieżny lewego oka, brak diplopji, oczopląsu. Ruchy gałek zachowane. Czucie w obrębie n. V. zachowane. Gałązka ustna lewego nerwu twarzowego nieco słabiej unerwia od prawej, fałd nosowo-ustny po lewej mniej wyraźny. Chwostek ujemny. Drżenie powiek. Mimika chorej jest bardzo uboga; pacjentka robi stale wrażenie śpiącej. Język zbacza zlekka w lewo, ruchy jego są wyraźnie zwolnione, drżenie grubofaliste całego języka. Mowa, z początku dość wyraźna, po kilku zdaniach staje się cichą, niewyraźną, zamazaną; chora prędko się męczy, występuje lekki ślinotok. Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. Brak objawów oponowych.

Mięśnie kończyn górnych naogół o napięciu prawidłowem, nie stwierdza się rigorów, z wyjątkiem lekkiego objawu „koła zębatego" po lewej, przy zginaniu biernem przedramienia. Chora trzyma ręce w pronacji, z kciukiem zgiętym w stawie podstawowym, t. j. w położeniu typowem dla parkinsonizmu. Wyraźne drżenie grubofaliste i wolne lewego, mniej prawego kciuka. Siła

tuchowa obustronnie obniżona, więcej po lewej. Chora podnosi ramiona tylko do wysokości barków. Na kończynach samych brak zaników, na tułowiu natomiast uderza zanik mięśni barkowych, szczególnie po prawej stronie. Zanik ten dotyczy przedewszystkiem *mm. serrati, supra-* i *infraspinati*. Dolny kąt łopatki wystaje skrzydełkowato z poziomu pleców. W obrębie mięśni zanikłych bardzo wyraźne drżenie grubo-faliste. Odruchy kończyn zachowane, Mayer prawidłowy, czucie powierzchowne i głębokie bez zmian. Chcąc podnieść chorą na łokciach przy zgiętych przedramionach, tylko ramiona idą w górę, tułów zaś pozostaje nieruchomy (objaw t. zw. luźnych barków *„Lose Schulter-Symptom“*).

Tułów pozatem bez zmian. Mięśnie, kręgosłup, odruchy brzuszne są prawidłowe.

Chora chodzi na palcach, chód jest jednak niespastyczny. Niema przytem widocznych zaników mięśni kończyn dolnych. Objętość kończyn, mierzona w kilku miejscach, nie wykazuje różnic. Brak objawów piramidowych, brak klonusów, odruchy kolanowe żywe, równe, odruch Achillesa po lewej słabszy. Czucie powierzchowne i głębokie zachowane.

Serce i płuca bez zmian chorobowych. Mocz nie zawiera białka lub cukru, c. gatunkowy 1,024, brak barwików patologicznych, osad prawidłowy. Dno oka obustronnie prawidłowe. Ciśnienie krwi 110 mm Hg. Badanie krwi: Wa-R ujemny, HB 90, c. czerwone 4,5 milj., c. białe 6.700, indeks 1, obojętnochłonne 44%, pałeczkowate 6%, limfocyty 36%, monocyty 8%, młode 2%, kwasochłonne 2%, zasadochłonne 2%.

Badanie farmakodynamiczne na 1) pilokarpinę, 2) adrenalinę i 3) atropinę wypadło zupełnie prawidłowo.

Badanie pobudliwości mięśni barkowych na prąd elektryczny: Obustronnie wyraźne zmniejszenie pobudliwości, bez komplikacyj, na działanie prądu faradycznego i galwanicznego. Odczynu zwyrodnienia nie stwierdza się.

Reasumując powyższy opis, stwierdzamy, że zachodzi w naszym przypadku współistnienie parkinsonizmu — prawdopodobnie pośpiączkowego, — z wyraźną myopatją. Tem samem przypadek ten przedstawia przyczynek do zagadnienia genezy podobnych zespołów chorobowych. Nie chcąc przekroczyć ram doniesienia kazuistycznego, pragnę jedynie dodać to, że niezliczone rzesze chorych z zespołem parkinsonizmu, będące niejednokrotnie prawdziwą *„crux medicorum“*, przedstawiają bogaty materjał dla rozszerzenia naszych poglądów patologicznych.

Dr. H. FRENKLOWA. Łódź.

W sprawie artykułu Dr. B. Osieka p. t.: „O obustronnem ropnem zapaleniu opłucnej u dziecka“.

(Polska Gazeta Lekarska 1934. Nr. 38).

Autor omawiając własny przypadek obustronnego ropnego zapalenia opłucnej, przytacza pracę moją i Margolisowej o ropniakach opłucnej, zaznaczając, iż „wśród tego drobiazgowo zestawionego materjału nie spotyka się ani jednego obustronnego ropniaka opłucnej“.

W związku z tą uwagą chciałabym wyjaśnić, iż w pracach naszych o ropniakach opłucnej (Warsz. Czas. Lek. T. VIII. Nr. 33 i Pedj. Polska T. XI) piszemy: „najwyższą odsetkę śmiertelności stwierdziliśmy w wysiękach obustronnych, mianowicie 80%“. W materjale naszym (634 przyp. ropn. opł.) mieliśmy wówczas 5 przypadków wysięków obustronnych, z których 4 zmarły, a jeden wyleczył się.

Przypadki te nie zostały w powyższych pracach omówione dla braku miejsca, zostaną one natomiast uwzględnione w monografji o ropniakach opłucnej u dzieci, która ukaże się w zbiorze monografij z dziedziny pedjatrji pod red. prof. Michałowicza.

Ilość naszych przypadków obustronnych ropniaków opłucnej w monografji będzie wynosiła 7, a śmiertelność — 86% (5 przyp. u niemowląt do dwóch lat i 2 przyp. powyżej dwóch lat). Przewaga niemowląt w naszym materjale tłumaczy poczęści tak wysoką odsetkę śmiertelności.

O leczeniu obustronnych wysięków opłucnej piszemy w naszej monografji co następuje:

„Wysięki obustronne są wskazaniem do leczenia zachowawczego, gdyż obu stron operować jednocześnie nie należy. Można leczyć obie strony nakłuciami lub też jedną stronę operować, a drugą nakłuwać. Gdy strona operowana się zagoi, można w razie potrzeby operować i drugostronny wysięk“.

Jak widzimy, została przez nas uwzględniona i ta metoda obustronnego leczenia zachowawczego, którą autor zastosował w swoim przypadku z pomyślnym wynikiem.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Prof. Dr. Wacław MORACZEWSKI. Lwów.

Jędrzej Śniadecki.

Stuletnia rocznica śmierci Jędrzeja Śniadeckiego przypada na rok 1938, ale już dziś godzi się przypomnieć światu lekarskiemu i przyrodniczemu tę postać uczonego, która bardzo wybitnie wyróżnia się i głębokością i wszechstronnością swych poglądów.

Zarówno przyrodnicy, jak lekarze zainteresować się mogą szczegółami jego teorji. Są w niej sprawy dotyczące ścisłej chemji, są sprawy leżące w dziedzinie fizjologji i patologji, są wreszcie i sprawy obchodzące praktyczną medycynę, którą jak wiadomo uczony ten z zamiłowaniem i wielkiem powodzeniem uprawiał.

Dlatego Polska Gazeta Lekarska uważała za właściwe już teraz choćby w ogólnych zarysach streścić jego naukową działalność, aby zachęcić tych, których dziedziny teorja dotyczy, do przygotowania dalszych sprawozdań i ocen, mogących stanowić po kilku latach monografję godną pamięci tego męża.

Życiorys tego wielkiego uczonego podany przez A. Wrzoska w wydaniu Teorji istot organicznych z roku 1905 przedstawia go jako człowieka wybitnie zdolnego, który po ukończeniu studjów lekarskich w Padwie zapoczątkowanych w Londynie — został prof. chemji w Cesarskim Uniwersytecie Wileńskim i przez lat osiem wykładał chemję z wielką dla słuchaczów korzyścią. Te lata od 1797 do 1804 były może najlepszemi latami jego życia, oddane nauce, twórczości naukowej i wykładom, które zjednały mu miłość i uznanie. Potem poczęły się niesnaski w fakultecie, które sprawiły Śniadeckiemu wiele irytacji i kłopotów i pomimo interwencji Czartoryskiego i Czackiego zatruły mu życie i utrudniały jego pożyteczną działalność. Niewątpliwie był Śniadecki bardzo wrażliwy i ambitny, ale otoczenie ponosi w tem trochę winy, zbyt mało może ceniąc jego wysokie zalety. Po zamknięciu uniwersytetu 1832 i założeniu Akademji medyko-chirurgicznej w Wilnie był jeszcze do roku 1837 profesorem medycyny wewnętrznej i umarł w roku 1838 przeżywszy lat 70. Działalność jego naukowa polegała na pracach z zakresu chemji fizjologicznej i ogólnej, z fizjologji wraz z medycyną wewnętrzną.

Śniadecki był nietylko teoretykiem, ale i praktykiem wybitnym, cieszącym się wielkiem wzięciem i sławą — pozatem brał udział w satyrycznej literaturze, którą Wileńskie „Wiadomości Brukowe“ od roku 1817 do 1882 uprawiały. Były to artykuły pod tytułem: Podróż próżniaczo-filozoficzna, Rozprawy szubrawskie z logiki i medycyny, Wypis z protokułu Najw. Kapituły zakonu Smorgońskiego etc. i wychodziły z ramienia głośnego wówczas Tow. Szubrawców, którego prezesem był Śniadecki w roku 1819.

Te artykuły świadczące o jego literackich zdolnościach, tłumaczą poniekąd wpływ jego na otoczenie i dar wykładania. Świadczą przytem, że Śniadecki oprócz wiadomości fachowych miał swoją odrębną filozofję — opartą poniekąd na filozofji Kanta, którego był wielbicielem — i ta zdolność syntezy pozwoliła mu ogarnąć całokształt wykładanych przez siebie nauk.

Teorja istot organicznych streszcza jego poglądy na fizjologję i medycynę. Zaczyna się ona od definicji życia, które Śniadecki pojmuje jako proces swoisty zależny od warunków fizycznych i chemicznych i z niemi organicznie związany, choć przecie mający swój odrębny charakter. Nie wdając się bliżej w definicję życia, którą uważa za bardzo trudną, przyznaje temu życiu siły szczególne, możnaby go zatem uważać za witalistę, gdyby nie to, że unika świadomie tej skrajności, kładąc nacisk na zależność życia od warunków zewnętrznych, fizycznych i materjalnych. Te warunki określa bliżej — wymieniając ciała, które z życiem są związane i zaznaczając, że przebieg życia jest procesem, który ma pewien porządek wstępujący i odnawiać się, ani przerywać nie może. Organizacja ciał do życia niezbędnych i sprzężanie ich do coraz większych kompleksów jest tego życia cechą szczególną. Poznanie ciał do życia służących stanowi treść dalszych rozdziałów. Śn. stoi na stanowisku, że materja jest j e d y n e m i c a ł k o w i t e m źródłem życia, że część tych pierwiastków w korze ziemskiej złożonych a przez niego „odżywczemi“ albo „odżywnemi“ zwanych, organizować się może i za pokarm i materjał budowy służy. Uważa, że niższe ustroje mniej zorganizowanemi żywią się ciałami, że wyższe indywidua większych składników potrzebują. Wywodzi dalej, że część materji odżywczej siłę tę organizmowi oddaje i staje się materją zużytą, do odżywienia niezdolną i stanowi owe ekskrety jak mocz i kał. Śniadecki odróżnia „powinowactwo“ chemiczne od organicznych ciał, czyli zdolnych do organizacji pierwiastków. Możnaby to uważać za podział na chemję organiczną czyli chemję związków

węglowych i chemję nieorganiczną, chemję metalów i metaloidów. Bądźcobądź Śniadecki zaznacza trafnie, że chemja nieorganiczna jest dziedziną ciał, które się raczej życiu sprzeciwiają i szczególnie kiedy powinowactwo jest „nienasycone“ życie to niszczyć są zdolne. Nasycone powinowactwa czyli sole są według Śniadeckiego mniej szkodliwe albo obojętne i wymagają wielkiej siły, aby się rozdzielić i wejść w skład organizmu. O życiu roślin Śniadecki ma dość określone pajęcia i rozróżnia procesy syntetyczne, wytwarzające tlen i budujące węgiel i procesy analityczne, które do spalania porównywa i których produktami ostatecznemi są woda i kwas węglowy. Nazywa je dezoksydacyjnemi procesami.

Ustrój zwierzęcy wogóle używa ciał bardziej złożonych, zatem według Śniadeckiego mniej odżywczych, dlatego mniej, że do mniejszych przemian są zdolne i łatwiej się wyczerpują. Uważa przytem, że pożywienie stanowi o budowie i charakterze zwierząt, nie uwzględnia zatem swoistości procesu, który przecie w jednakowych warunkach żywienia różne daje produkty. O trawieniu ma Śn. jako o procesie rozdrabniania należyte pojęcie — uwzględnia również i fermentację i wpływ ciepła i światła na procesy życiowe. Osobny rozdział poświęca rozmnażaniu się, które uważa za syntezę i rozwój, nie godząc się z zapatrywaniem, jakoby ustrój gotowy w „minjaturze“ się w jajku znajdował. Rozwój życia uważa za ciągłość, która wznosi się, dochodzi do szczytu i spada. Trwania na szczycie zdaje się nie uwzględniać, uważając życie za stały ruch i rozwój albo zanik. Stojąc na stanowisku, że „powinowactwo“ (chemiczne) jest organizacji przeciwne i „odżywności“ przeciwne, uważa wszelkie sole za zbyteczne, których ustrój pozbawiać się musi coprędzej, aby procesów życiowych nie dezorganizowały.

Proces żywienia wyobraża sobie Śn. jako wprowadzenie ciał odżywczych, które przerabiają się na nieodżywcze. Wielka ich ilość wprowadzona miałaby wydzielanie utrudniać i procesy odżywcze podniecać — dopiero sczasem do zwiększenia i wydzielenia prowadzić. Natomiast nieodżywcze materje zaraz i ciągle wyrzucane być muszą. Odżywność zatem jako organizacja i budowa jest zawsze procesom chemicznym w pojęciu Śn. przeciwna i wroga. Brak procesów organizujących czyli dowóz ciał ożywnych może ustać, a wtedy procesy chemiczne — rozkład — biorą górę.

Tym sposobem streścił Śn. istotę życia, nazywając je procesem dążącym do organizowania z części materjalnych przy pomocy ciepła i światła, przyczem jedne organizmy (roślinne) z nielicznych mineralnych składników jak „kwasoród, wodoród, saletroród“, organiczne ciała tworzyć są zdolne, inne poczęści tylko z mineralnych — w znaczniejszej z organicznych — ciała swe budują. Rozkład ich przez fermentację i zużycie napowrót do mineralnych składników je sprowadza.

Druga część to już fizjologja, w której zajmuje się Śniadecki badaniem składników organizmu, mięśni, nerwów, włókien, komórek i kości, poczem w krótkości podaje ich budowę i czynności. Osobny rozdział poświęcony jest odżywianiu. Śniadecki rozróżnia tu pokarmy „wyrobione“, to jest bardziej złożone jak białka, i mniej wyrobione, jak inne pokarmy, głównie skrobiowate. Przypisuje tym lepszą zdolność nasycenia i dostarczania więcej sił, pokarmom zaś mięsnym trwałość nasycenia. Przytem zaznacza wpływ pokarmów na charakter ludzi, uważając roślinożernych za łagodnych, pracowitych, wytrzymałych i posłusznych, zaś mięsożernych za okrutnych, gniewliwych „republikanów“, czyli niechętnie ulegających despotyzmowi. Przepisy religijne zdążają, według Śniadeckiego, do wyrobienia cech łagodności i posłuszeństwa.

W dalszych rozdziałach rozbiera czynność trawienia, rozumiejąc, że soki jak ślina i żółć są wydzieliną gruczołów i trafnie określając ich czynność. Powraca potem do ogólniejszych zagadnień, które streszczają się w dawniej już wypowiedzianych zdaniach, że niższe organizmy dostarczają pokarmów mniej wyrobionych, a więc bardziej „odżywczych“ i te stanowią pokarm dla innych. Śmiałą analogję przeprowadza dla poszczególnych organów ciała, które również mniej wyrobione składniki drugim organom oddają (jest to t. zw. *cyclus* Justusa Gaulego).

Wreszcie uważa, że to samo, co z narządami, dzieje się z istotami i uważa człowieka za ten najbardziej złożony ustrój, który żyje produktami innych ustrojów, jak poszczególny najwyższy organ żyje produktami innych organów. Nie rozumiał jednak Śniadecki roli tlenu, który uważał za szkodliwy, i szukał próżno organu, przez któryby się wydzielał. Rozumiał, że tlen pochłaniany bywa przez płuca, ale nie wierzył, żeby go wiązać mogła krew. Nie rozumiał także roli azotu i przypuszczał, że w płucach dla budowy białek bywa pobierany. Płucny proces uważał za rodzaj utleniania materji wodorowęglowej, co zresztą i Lavosier przyjmować się zdawał, w płucach główne siedlisko spalania upatrując.

W dalszych rozdziałach wyprowadzał Śniadecki swoje zapatrywania na rozmaitość temperamentu, płci i wieku, na zależność od rodzaju zajęć i pożywienia, przyczem dość zgodne z obecnemi zapatrywaniami zdania wygłaszał.

Wogóle całość jego zapatrywań cechuje umysł trzeźwy, unikający metafizycznych teoryj i dążący do syntezy.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Młoda Matka. Nr. 17—18. 1934. Wiszniewski J.: Jesień — pora szczepień ochronnych u dzieci. — Bielobradek S.: Czy każde „rozwolnienie“ jest zakaźne? — Klęsk A.: Czystość rąk a zdrowie. — Blumental: Rozwój mowy u dziecka i jej zboczenia.

Folia Morphologica. Nr. 1—2. 1934. Stein J.: O wielkości absolutnej potworów podwójnych u ludzi. — Szymonowicz W.: O połączeniach nerwowych w formie pętli pomiędzy meniskami dotykowemi ciałek Merkla. — Marciniak T.: O braku wrodzonym kości strzałkowej u człowieka. — Cunge J.: Ectopia sinus urogenitalis persistentis cum ectopia et hypoplasia coeci. — Karpowicz S.: Łuk pachowy badany na ludziach żywych. — Żebrowski P.: Badania mięśnia dłoniowego długiego na ludziach żywych. — Poplewski R.: The biomechanics of the carpus of Mammals. — Słonimski P. i Ber A.: Badania doświadczalne nad ciałkami Kurloffa.

Przegląd Zdrojowo-kąpielowy. Nr. 7. 1934. Chrapowicki T.: Dotychczasową działalność Parku Zdrowia i jego dalsza rozbudowa. — Korczyński L.: Podział klimatów (dok.).

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XII. Z. 3. 1934. Aleksandrowicz J.: Wzajemny stosunek liczbowy i jakościowy postaciowych składników krwi w szpiku mostka i w naczyniach obwodowych w stanach prawidłowych i patologicznych, ze szczególnem uwzględnieniem niedokrwistości złośliwej. — Blacher L.: Uwagi w sprawie hemokinów i innych drobnych tworów krwi. — Fliederbaum J.: Badania nad ilością wody krążącej. Doniesienie I. — Fliederbaum J.: Badania nad ilością wody krążącej. Doniesienie II. — Fliederbaum J.: Badania nad ilością wody krążącej. Doniesienie III. — Hrom S.: Badania doświadczalne nad wpływem nerwów błędnych i współczulnych na serce. — Landau A. i Wajsman J.: O moczówce prostej, o zachowaniu się w niej gospodarki wodnej i chlorowej ustroju oraz o wpływie na nią nowasurolu i hormonu przysadkowego. Doniesienie I. — Landau A. i Wajsman J.: Studja kliniczne nad moczówką prostą. Niezwykły przypadek moczówki prostej, powikłanej samoistną nerczycą. Uwagi o istocie i patogenezie moczówki prostej oraz o mechanizmie powstawania obrzęków w chorobach nerek. Doniesienie II. — Markert W.: Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi. Doniesienie I. Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi zdrowych. — Scheps M.: W sprawie etjologji nadciśnienia samoistnego i rzucawki porodowej. — Sokołowski A.: Badania kliniczne nad erytrokontami Schillinga w przebiegu niedokrwistości złośliwej i w innych chorobach krwi.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 35. 1934. Brande-Hellerowa A.: Patogeneza i terapja ropnych zapaleń opłucnej u dzieci najmłodszych. — Herman E. i Merenlender J.: Choroba Pringle'a z rozrostem połowiczym twarzy (policzka, warg, spojówki oka oraz małżowiny usznej) bez współistnienia objawów nerwowo-psychicznych. — Piankówna N.: Pachymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt. — Makower H.: Szczepienia przeciwbłonicze zwykłe i jednoczesne ze szczepieniami przeciw ospie.

Nowiny Lekarskie. Z. 18. 1934. Piasecka-Zeyland: Przemiany biologiczne zarazka gruźliczego. — Pomeranc L.: Przyp. bezbólowego zawału mięśnia sercowego. — Czyżak L.: Przyczynek do leczenia dużych guzów pozaotrzewnowych u dzieci.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 9. 1934. Gerczak W.: Studja histo-patologiczne nad przewlekłemi zgrubieniami lewego wsierdzia u psa. — Maślak E.: Dwa nieznane przypadki wspólnej tętnicy trzewno-krezkowej u zwierząt domowych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 38. 1934. Włodarczyk J.: Środki chemiczne mające zastosowanie w obronie przeciwgazowej (dok.).

OCENY.

Le sérum normal. Récolte et caractères physiques. (Normalna surowica. Otrzymywanie i cechy fizyczne). D. BROCQ - ROUSSEU et G. ROUSSEL. Masson. Paris. 1934. Stron 363. Cena 75 fr. fr.

Recenzowana książka stanowi pierwszą część projektowanego dzieła o normalnej surowicy; obejmuje ona opis jej otrzymywania oraz cech fizycznych; przedmiotem dwóch dalszych tomów mają być własności fizjologiczne oraz chemiczne surowicy. W pierwszym rozdziale zestawiają autorzy liczne definicje pojęcia „surowica" oraz omawiają różnice chemiczne zachodzące między osoczem a surowicą; następnie opisują otrzymywanie surowicy końskiej i w tym rozdziale najsilniej uwidacznia się bogate doświadczenie autorów; w dalszych rozdziałach znajdują się opisy otrzymywania surowicy z krwi innych zwierząt, sposoby konserwowania surowicy oraz opis zmian, jakim może ona ulegać. Następne części książki zajmują się analizą cech fizycznych surowicy; w osobnych rozdziałach zestawiono liczne dane cyfrowe odnoszące się do następujących własności: gęstości, ciśnienia osmotycznego, przewodnictwa elektrycznego, napięcia powierzchniowego, lepkości, zdolności załamania światła, skręcania płaszczyzny światła spolaryzowanego, zabarwienia, stężenia jonów wodorowych, stanu koloidowego surowicy oraz zmian tego stanu, działania temperatury i promieniowania. Obszerne piśmiennictwo obejmujące 1321 punktów, zestawiono według rozdziałów tak, że czytelnik interesujący się np. lepkością krwi znajdzie piśmiennictwo zebrane w jednym rozdziale; takie zestawienie czyni książkę niezbędnym podręcznikiem dla wszystkich, którzy zajmują się analizą jakichkolwiek cech surowicy.

W. Mozołowski (Lwów).

Precis de Neurologie. (Podręcznik neurologji). L. RIMBAUD. Gaston Doin & Cie Editeurs. Paris 1933. — 140 fr.

Podręcznik neurologii napisany przez prof. Rimbaud jest przeznaczony dla lekarzy praktyków i medyków. Książka licząca prawie 1000 stron, bardzo bogato ilustrowana obejmuje najważniejsze schorzenia układu nerwowego. Całość dzieli autor na 6 części obejmujących choroby mózgu, rdzenia, nerwów obwodowych, choroby rodzinne układu nerwowego, schorzenia opon i choroby czynnościowe i nerwice. Nowym — o ile idzie o podręczniki — jest sposób przedstawienia materjału w zespołach klinicznych. Choć nie wszędzie da się konsekwentnie przeprowadzić, jednak jest bardzo korzystny w podręczniku przeznaczonym dla niespecjalistów. Albowiem jednostki chorobowe nie są traktowane oderwanie, teoretycznie. Czytający poznaje je w sposób bardzo zbliżony do sposobu, w jaki rozpoznajemy cierpienie przy łóżku chorego. Dominuje tu zatem kliniczny punkt widzenia przestrzegany zresztą ściśle w całej książce.

Część pierwsza obejmuje choroby mózgu; tu mamy kolejno przedstawiony zespół piramidowy przy opisie porażeń połowiczych, ich postaci, umiejscowieniu schorzenia i jego przyczynach; zespół pozapiramidowy — przy parkinsonizmie, pląsawicy, atetozie, chorobie Wilsona, kurczu torsyjnym, hemibaliźmie, myoklonjach i myokymjach; dalej idą zespoły móżdżkowe, mostowe i opuszkowe; w grupie „innych zespołów mózgowych" znajdujemy afazję, zaburzenia czucia pochodzenia mózgowego i bardzo ładnie ujęte zespoły schorzeń narządu ośrodkowego wzroku. Schorzenia naczyniowe i zakaźne mózgu, guzy mózgu, encefalopatje dziecięce i padaczka kończą pierwszą dużą część o chorobach mózgu. Te choroby, z któremi praktyk spotyka się często, są traktowane obszernie. Taką np. padaczkę omawia autor na 33 stronach, a samemu jej leczeniu poświęca 10 stron. Tak przy rozpoznawaniu jak i leczeniu uwzględnia najnowsze metody, kładzie duży nacisk na wskazania do zabiegów neurochirurgicznych, akcentując ich korzystne wyniki.

W drugiej części mamy opis zespołów rdzeniowych: paraplegja, zespoły rdzeniowe czuciowe, zaniki mięśniowe pochodzenia rdzeniowego, schorzenia toksyczno-infekcyjne rdzenia i schorzenia układowe, stwardnienia rdzenia, urazy, zespoły uciskowe, guzy rdzenia, hemato- i syringomyelja.

Trzecia część jest poświęcona chorobom nerwów obwodowych. Tu spotykamy po raz pierwszy w podręczniku neurologji uwzględnioną ocenę utraty zdolności zarobkowej w następstwie uszkodzenia poszczególnych nerwów. Jest to nowość bardzo pożądana dla lekarzy orzekających o zmniejszeniu zdolności zarobkowej w sądach, w świadectwach dla towarzystw ubezpieczeniowych, świadectwach inwalidzkich i t. p.

W czwartej części zatytułowanej schorzenia rodzinne układu nerwowego mamy opis choroby Wilsona, choroby Friedreicha i myopatji. Choroby opon mózgowo-rdzeniowych omawia autor w części piątej. Ostatnia, szósta część obejmuje zaburzenia psychonuchowe, histerję i neurastenję.

Nie uwzględnił autor całego szeregu chorób, a nawet całych działów, które jak np. choroby układu roślinnego ciągle jeszcze należą do neurologji. Można się zgodzić z pominięciem rzadko spotykanych cierpień nerwowych. Ale tężec jest chorobą dość częstą, a w podręczniku znajdujemy o nim tylko jedno słowo przy omawianiu zapaleń nerwów obwodowych. Niema wzmianki o rzadkiej wprawdzie we Francji wściekliźnie, dla nas jednak ze względu na częstość występowania ważnej. Pominięte zostały również alkoholizm i niektóre choroby gruczołów dokrewnych jak tężyczka i choroba Basedowa.

Poza temi brakami książka ma same strony dodatnie. Ujęcie i układ treści odznacza się dużemi zaletami dydaktycznemi. Umieszczone na początku każdego działu dane z anatomji i fizjologji są zaopatrzone w jasne rysunki szematyczne. Wykład całości jest doskonały. Przy opisie zespołów i sposobów badania, patogenezie i przebiegu jak i przy leczeniu chorób wykorzystał autor ostatnie wyniki badań. Jest również zaletą, że podręcznik napisał jeden autor; dzięki temu całą książkę cechuje jednolitość zapatrywań i dobry rozkład materjału bez przewagi jednego działu nad drugim. 222 przejrzystych szematów i rycin ułatwia zrozumienie treści, a dokładny indeks umieszczony na końcu książki pozwala praktykowi szybko znaleźć potrzebne wskazówki rozpoznawcze i lecznicze.

Dr. St. Mozołowski (Warszawa).

L'exploration de l'intestin. Diagnostic et traitement des maladies et des syndromes. (Badanie jelit. Rozpoznanie i leczenie schorzeń i zespołów chorobowych). R. MORICHAU-BEAUCHANT. G. Doin et Cie. Paris. 1934.

Dzieło wyżej wymienione ma stanowić w myśl intencyj autora, zaznaczonych w krótkiem słowie wstępnem, podręcznik dla studentów i praktyków zawierający niezbędne wiadomości z zakresu diagnostyki i leczenia schorzeń jelitowych. Książka dzieli się na 4 części. W cz. I. przedstawiono technikę badania klinicznego i badań dodatkowych (endoskopowego, koprologicznego i radjologicznego). Cz. II. została poświęcona rozpoznawaniu i leczeniu chorób i zespołów chorobowych jelit. W III. części omówiono ostre chirurgiczne schorzenia jelit. Wkońcu w IV. cz. daje autor przegląd różnych ostrych stanów chorobowych jamy brzusznej, które mogą naśladować schorzenia jelit.

Dzieło omawiane nie przynosi nic oryginalnego. Należy jednak przyznać, że wypełnia doskonale zadanie praktycznego podręcznika zgodnie z zamierzeniami autora i wyróżnia się korzystnie przystępnym sposobem wykładu i przejrzystością układu treści.

Książeczka obejmuje 514 stron małego formatu (8^0) i kosztuje 42 fr. fr. *Dr. A. Finkel* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Badania nad przemianą węglo-wodanową. Doniesienie I. Kwas mleczny we krwi ludzi w różnych stanach chorobowych. J. ROGUSKI. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 2.

Dotychczasowe badania poziomu kwasu mlecznego we krwi dawały wyniki różne i ze sobą sprzeczne. Autor kontroluje wyniki na 113 przypadkach różnych stanów chorobowych i u 8 osobników zdrowych, przy obciążeniu 50 g glukozy. Wyniki nie wykazują żadnej szczególnej zależności krzywych kw. ml. od poszczególnych jednostek chorobowych. Jedynie zatrucia pochodnemi kw. barbiturowego, tlenkiem węgla i stany agonalne wykazują znaczną hiperlaktacydemię. *Rawicz* (Lwów).

Studja nad zachowaniem się niektórych katjonów we krwi ze szczególnem uwzględnieniem przewlekłej niewydolności krążenia. A. FIDLER. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 2.

F i d l e r wykonał 723 oznaczeń wapnia, potasu i magnezu w osoczu krwi, ciałkach czerwonych i we krwi całkowitej. Wyniki zebrane są w szeregu tablic. Po analizie dochodzi autor do następujących ogólnych wniosków: 1) w przewlekłej niewydolności krążenia oraz u chorych na nerki w okresie ich niewydolności spotykamy dość często zaburzenia w zawartości wapnia, potasu i magnezu we krwi, przyczem obecność tych zaburzeń może być pierwszym uchwytnym objawem rozpoczynającej się niewydolności; 2) w przypadkach nadczynności tarczycy oraz dychawicy oskrzelowej zdarzają się dość często zmiany w poziomie wapnia, a zwłaszcza potasu i magnezu we krwi. Zmiany te mogą być pierwszym pracownianym objawem nadczynności tarczycy, który zatem w przypadkach granicznych może być

pomocny w rozpoznaniu; 3) w przypadkach nowotworów złośliwych spotyka się naogół spadek ilości magnezu i sodu we krwi; 4) w niedokrwistościach prócz zaburzeń w poziomie magnezu uderzają częste zmiany zawartości potasu we krwi; 5) różne inne czynniki chorobowe, narządowe, farmaceutyczne, chemiczne i promieniste wywierają wpływ na poziom wapnia, potasu, magnezu i sodu. *Rawicz* (Lwów).

Biologiczne znaczenie glutatjonu. H. WAELSCH. Med. Klin. Nr. 35. 1933.

Glutatjon jest ciałem, które ze względu na budowę chemiczną należy zaliczyć do peptydów. Ze względu na zdolność reakcji licznych grup chemicznych wchodzących w jego skład, bierze on niemały udział w przemianie materji komórkowej, zwłaszcza w sprawach utleniania, redukcji, w hydrolizie fermentacyjnej oraz odtruwaniu, tak ważnym procesie w przemianie materji. *Z. Godlowski* (Kraków).

Poziom glutatjonu we krwi a poronienie. H. J. LEMELAND i R. DELÉTANG. C. R. de la Soc. Biol. T. 116, Nr. 20. 1934.

Autorowie stwierdzają, że sztuczne poronienie pociąga za sobą spadek zawartości glutatjonu zredukowanego we krwi, oznaczanego met. Tunnicliffa. Podobnie rzecz ma się w czasie bólów porodowych. Również i wypróżnienie macicy z zaśniadu groniastego powoduje taki sam spadek glutatjonu we krwi, jaki występuje przy wydalaniu płodu w porodzie i ciąży normalnej. Te obserwacje skłaniają autorów do przyjęcia hipotezy odrzucającej znaczenie i rolę tkanki płodowej w owych zmianach poziomu glutatjonu krwi, natomiast tłumaczącej te zjawiska skurczami mięśnia macicy i zmianami w krążeniu przez nie spowodowanemi. *W. S. Holobut* (Lwów).

O zawartości bromu w organizmie ludzkim. G. ZONDEK i A. BIER. Sow. Newr. w/g. ref. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 1. 1934.

Katalizatory nieorganiczne, jod i brom, mają niewątpliwie własności biologiczne. Aa. badali przemianę bromową w organizmie ludzkim, stosując metodę Pincussena, kontrolowaną w ciągu kilku lat w różnych klinikach. Zawartość bromu we krwi osobnika zdrowego wynosi 1 mg %. Cierpienia somatyczne, rodzaj odżywiania, płeć i wiek nie wpływają na zawartość bromu. Przy stanach manjakalno-depresywnych ilość bromu zmniejsza się poniżej normy. Przy podaczce, porażeniu postępującem, psychozach paranoidalnych ilość bromu jest normalna.

Z przysadki mózgowej otrzymano substancję zawierającą 60% bromu, normalnie znajdującego się w przysadce.

Spomiędzy wszystkich gruczołów dokrewnych przysadka a szczególnie przedni jej płat zawiera największą ilość bromu. Przeciętna ilość bromu w przysadkach kobiet jest mniejsza aniżeli u mężczyzn. W czasie sztucznego snu u psów stwierdzono zwiększenie zawartości bromu w rdzeniu przedłużonym, a zmniejszenie ilości w przysadce. Aa. wyodrębnili Br-hormon z przysadki i przekonali się o jego własnościach nasennych.

M. Segal (Lwów).

W sprawie przechodzenia związków chemoterapeutycznych z organizmu matczynego do płodu. M. LEBEDIEWA. (Moskwa). Zbl. f. Gyn. Nr. 25. 1934.

Analiza chemiczna wykazuje, że preparaty bizmutu, antymonu, arsenu nie przechodzą do tkanek płodu lub przechodzą w stopniu bardzo nieznacznym (germanina, niekiedy arsen) — podczas gdy organizm matki jest przeładowany temi środkami.

Metodą histochemiczną stwierdzono, że organizm płodu nie wykazywał śladu salwarsanu, który w wielkich ilościach znajdował się w organizmie matki i w łożysku.

M. Segal (Lwów).

Badania doświadczalne nad oddechaniem przy dychawicy. A. SERCER i V. VULETIĆ. Lijećnički Vjesnik. Nr. 7. 1934.

Przy pomocy kilku metod równocześnie oraz oryginalnych przyrządów przebadali autorzy 40 przypadków. Doszli do następujących wniosków: 1) zużycie powietrza w 10 minutach było zawsze znacznie większe niżby z rachunku wypadało; 2) pojemność życiowa była zawsze zmniejszona; 3) zła wentylacja płuc wyjątkowo była kompensowaną przez *tachypnoe*, zwyczajnie przez większe zużycie powietrza; 4) przy powierzchownem oddychaniu było zużycie powietrza w jednostce czasu większe niż przy normalnem oddychaniu; 5) Krzywa spirometryczna u astmatyków jest analogiczną do krzywej przy ustnem oddechaniu; 6) w więcej niż połowie przypadków stwierdzono zmiany chorobowe w nosie, utrudniające normalne oddechanie nosem; 7) utrudnienie oddechania nosem na korzyść oddechania ustami stwarza dyspozycję do dychawicy; 8) zmiany chorobowe w nosie mogą przez podrażnienie n. trójdzielnego powodować skurcz mięśni oskrzelowych; 9) niedostateczne wyniki po operacjach wśródnosowych należy tłumaczyć tem, że albo mimo zabiegu przewód pozostał zbyt wąskim, albo też uszkodzona błona śluzowa straciła zdolność wywoływania odruchu pogłębiającego oddechy. *R. L.* (Lwów).

Czynność żołądka w ciąży prawidłowej i patologicznej. EGON WINTER. Zbl. f. Gyn. Nr. 8. 1934.

Badaniem frakcjonowanem treści żołądka stwierdził autor, że kwasota żołądka w ciąży prawidłowej i patologicznej (z wyjątkiem rzucawki porodowej) — jest normalna. Przypadki podkwasowości żołądka nie mają z ciążą nic wspólnego. Stwierdzono natomiast upośledzenie ruchomości żołądka w czasie ciąży, rozpoczynające się w połowie ciąży i trwające do pierwszych dni połogu.

A. łączy to upośledzenie ruchomości ze zmianami w unerwieniu skutkiem przestrojenia układu wegetatywnego w związku z ciążą. *M. Segal* (Lwów).

Działanie dynamiczne wód Vichy, zażywanych u źródła. R. GLENARD. Nutrition. T. 4. Nr. 1.

Wody Vichy, zażywane u źródła, wywierają korzystne działanie na objawy anafilaktyczne, na czynność zaczynów diastaz, na kurczliwość mięśni gładkich, na pobudzenie odporności ustroju, co wskazuje na własności energetyczne tychże wód. Wody te wzmagają dynamikę żywotności ustroju. Odpowiednio przeprowadzone leczenie u źródła wywiera wybitne działanie pobudzające na całokształt gospodarki. Wskazaniem są tu stany przewrażliwości przewodu pokarmowego, pewne postacie pokrzywki, dychawica oskrzelowa, migrena, i t. d. Przeciwwskazaniem są: stany krwotoczne, niewydolność serca, stany gorączkowe, gruźlica, rak, wrzód żołądka. Czasami już drobne ilości pobieranej wody np. 150 g dziennie — mają leczniczy skutek, podczas gdy większe ilości mogą być przyczyną przejściowego pogorszenia stanu chorobowego *(crise thermale)*. Autor zastanawiając się nad różnicą działania wód Vichy zażywanych u źródła, a wodą flaszkową — stwierdza na podstawie przeprowadzonych własnych badań, że przyczyną są koloidy wodorotlenku żelaza. Dzięki tym koloidom, woda u źródła ma wybitne własności katalityczne, które już po godzinie mają tylko 1/4 swej własności, a po 2 godzinach tylko 1/15 swej początkowej siły katalitycznej.

Mester (Kraków).

Czy zmiany starcze są odwracalne? M. MILMAN. (Baku). Wracz. Dieło. Nr. 3. 1934.

Zmiany starcze polegają na ustaniu regeneracji, zaniku skóry, mięśni, kości, gruczołów i elementów nerwowych. Zmiany zanikowe serca, wątroby i nerek w starości nie są właściwie dowiedzione, jak również spornem jest utarte mniemanie o rozroście tkanki łącznej i miażdżycy w starości. Często obserwowane zmiany miażdżycowe w starości są następstwem przebytych zakażeń i intoksykacyj, którym ulegał prawie każdy organizm.

A. odrzuca pogląd, że przyczyną zmian starczych jest zużycie tkanek. Już sam fakt istnienia przedwczesnej starości spowodowanej zaburzeniami gruczołów dokrewnych zaprzecza temu przypuszczeniu. Pozatem 1) wystąpienie zmian starczych nie idzie w parze z zużyciem organizmu: osobnik prowadzący hulaszczy tryb życia żyje często dłużej aniżeli osobnik prowadzący tryb życia spokojny, regularny; ludzie na równiku i na biegunie żyją mniejwięcej jednakowo długo; 2) zmiany starcze są jednakowe niezależnie od trybu życia. Zmiany starcze występują niezależnie od trybu życia, a wszelkie preparaty i operacje odmładzające dają tylko wynik przejściowy skutkiem działania tonizującego na system nerwowy. Nie mogą natomiast zmienić własności istotnych żywej tkanki, polegających na zdolności wzrastania, starzenia się i umierania. Zmiany starcze są nieodwracalne.

M. Segal (Lwów).

Przyp. Red. Wracz. Dieło: Obecne starzenie się większości ludzi jest przedwczesne, nienaturalne, co stoi w związku z warunkami wytworzonemi przez ustrój kapitalistyczny, nie jest wykluczone, że warunki wytworzone przez „dyktaturę proletarjatu“ umożliwią przesunięcie granicy starości do jej okresu naturalnego.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zagadnienie dychawicy oskrzelowej. ROBERT BLUM. Med. Klin. Nr. 17. 1934 r.

Do powstania cierpienia muszą zaistnieć niektóre z wewnątrzpochodnych czy zewnątrzpochodnych warunków.

Do wewnątrzpochodnych autor zalicza: 1) dziedziczność, przyczem dziedziczy się nie samą dychawicę, ale skłonność do chorób

spokrewnionych i tworzących grupę alergicznych schorzeń, jak wypryski skórne, nieżyty oskrzeli, pokrzywki, czyszczenia, obrzęki Quincke'go i inne. 2) Zaburzenia przemiany materji w znaczeniu zasadowości krwi. 3) Zaburzenia wydzielania gruczołów wewnętrznych. Autor zastanawia się nad zależnością napadów dychawicy, a czynnością jajników, nad działaniem adrenaliny na napady i t. p.

Do zewnątrzpochodnych czynników wywołujących niekiedy napady dychawicy należą: 1) lekarstwa, wymiotnica (zawodowa dychawica aptekarzy), aspiryna, piramidon, fenacetyna, dionina; szczególnie napady dychawicy po aspirynie przebiegają niekorzystnie. 2) Pyłki kwiatowe roślin. 3) Sierść zwierząt. Spotyka się przewrażliwość względem sierści koni, włosów kota, świnek morskich, owiec, ptactwa, psów. 4) Środki żywności, z których każdy w zasadzie może wywołać napad dychawicy; na pierwszem miejscu jednak należy postawić wieprzowinę, potem ryby, raki, ostrygi, jajka, mleko, masło, ser i t. d. Napad może wywołać nie sam środek spożywczy, ale i przetwory jego rozkładu (napad w 8—10 godz. po spożyciu). 5) Drobnoustroje jak paciorkowce, które znajdowano w plwocinie chorych. Możliwe, że drobnoustroje te nie wywołują napadów, ale uszkadzają błonę śluzową oskrzeli, jelit i t. d. czyniąc ją przepuszczalną dla różnych alergenów: jak środki żywności, klimatu i t. d. Autor nie godzi się z tymi, którzy twierdzą, że dychawica oskrzelowa jest przeciwieństwem gruźlicy płuc. Spostrzeżenia jego nie zgadzają się również z Zdańsky'm, który aż w 50% u swoich dychawiczych znajduje w obrazie klinicznym gruźlicę płuc. 6) Klimat „zewnętrzny" jak stosunki meteorologiczne, geologiczne własności ziemi i t. d. i klimat „mieszkania", do których się zalicza: pióra, poduszki, olejki eteryczne, wełny, kurz, przybory toaletowe i t. p. Następnie autor omawia rozpoznawanie dychawicy i różniczkuje z nieżytem oskrzeli występującym z eozynofilją, także z *„Catarrhe sec"* Laënneca i *Asthma cardiale*. Lecząc dychawicę, błądzimy w ciemnościach. Przyjmując napad jako skurcz mięśni oskrzelowych przez podrażnienie n. błędnego — działamy środkami porażającemi n. błędny jak atropina, lub pobudzającemi jego antagonistę jak adrenaliną, efedryną i sympatol'em. Astmolizyna dobrze działa. Wapń jest bez działania. W napadzie stosujemy też morfinę. Niezbędnem dla leczenia samego schorzenia, pomijając napad, jest wykazanie chorobotwórczego alergenu, co jest bardzo trudne. Według Alexander'a „wystarcza" wypróbowanie 26 alergenów.

Dr. Jaskólska (Kraków).

Dusznica bolesna i leczenie operacyjne. E.-C. CUTLER i S.-A. LEVINE. Pres. Méd. Nr. 46. 1934.

Autorowie omawiają różne metody operacyjne (przecięcie n. sympatycznego, wycięcie zwojów szyjnych i inne) oraz ich wyniki lecznicze i proponują nowy zabieg: wycięcie tarczycy. Opierają się na tem, że hormony tarczycy mają bardzo wybitny wpływ na czynność serca i że istnieje bardzo wyraźny związek między czynnością tarczycy, układu współczulnego, nadnerczy i serca. W 7 przypadkach dotąd operowanych stwierdzili zaraz po zabiegu ustąpienie bólów dusznicowych i spodziewają się, że zabieg ten będzie w stanie przedłużyć życie tych chorych.

Skowroński (Lwów).

Badania nad związkiem pomiędzy konstytucją morfologiczną a gruźlicą. G. L. FEGIZ i G. RIMINI. Minerva Medica. Nr. 27 1934.

Autorzy opierając się na badaniach antropometrycznych, przeprowadzonych na 112 pacjentach z gruźlicą płuc, dochodzą do wniosku, że w gruźlicy krwiopochodnej przeważa typ, o długiej klatce piersiowej, a jeno skąpy odsetek o szerokiej klatce piersiowej. W postaciach wysiękowych gruźlicy płuc stosunek ten jest odwrócony. *Mester* (Kraków).

Żółtaczka nieżytowa w przebiegu gruźlicy płuc. MARIN i O. DEL PIERO. Min. Med. Nr. 27. 1934.

W kilku przypadkach gruźlicy płuc wystąpiła żółtaczka o charakterze żółtaczki nieżytowej. Przebieg był dobrotliwy i nie zaostrzył procesu chorobowego w płucach. Według autorów tłem żółtaczki nie jest sprawa gruźlicza, lecz są to dwie odrębne sprawy chorobowe. *Mester* (Kraków).

Znaczenie wychylenia następowego w elektrokardjograficznem badaniu czynności serca. F. KISCH. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 126. Str. 629—640.

Te same objawy niedotlenienia mięśnia sercowego: zmiany w zakresie S-T, jakie stwierdzamy w ogólnem niedotlenieniu (oddechanie mniejszą ilością tlenu) i w próbie pracy, występują przy bezdechu po głębokim wdechu. Tylko w ogólnem niedotlenieniu występują zmiany także u sercowo zdrowych, a po próbie pracy i przy bezdechu tylko w schorzeniu mięśnia sercowego. Mechanizm występowania zmian w Ekg. przy bezdechu jest następujący: bezdech po głębokim wdechu uniemożliwia normalne wchłanianie tlenu w płucach, ponadto odpływ krwi z tętnic wieńcowych, w czasie rozkurczu serca jest znacznie upośledzony, a zaopatrzenie mięśnia w tlen w czasie skurczu niedostateczne. Jeżeli naczynia włosowate są normalne, objawy niedotlenienia mięśnia sercowego występują tylko w znacznem ogólnem niedotlenieniu, jeżeli kapilaryzacja mięśnia sercowego jest gorsza, objawy niedotlenienia mięśnia sercowego występują już po próbie pracy i w czasie bezdechu. Chorzy z dusznicą bolesną nie mieli nigdy dusznicowego bólu w czasie bezdechu, mimo znacznych równoczesnych zmian w Ekg. Tłumaczy się to tem, że w czasie bezdechu zachodzą w klatce piersiowej takie zmiany topograficzne, które działają na zatokę tętnicy dogłowowej. Za tem przemawia zwolnienie tętna w czasie bezdechu i fakt, że nierzadko dusznicowy ból można przerwać uciskiem na zatokę tętnicy dogłowowej.

H. Długosz (Lwów).

Reakcja Takaty w gruźlicy płuc. C. ZACH i Z. BRANCOLINI. Minerwa Medica. Nr. 27. 1934.

Reakcja Takaty zezwala z większą dokładnością, aniżeli opadanie krwinek czerwonych na oznaczenie czynności sprawy chorobowej — szczególnie w czasie leczenia sztuczną odma piersiową.

Mester (Kraków).

Zdravniški Vestnik. 1934 Nr. 6, 7, 8.

Zbiorowy ten numer poświęcony jest w całości pracom i wykładom wygłoszonym na I. jugosłowiańskim zjeździe przeciwgruźliczym, który się odbył 10 maja w Brestovču.

R. L. (Lwów).

Liječnički Vjesnik, Nr. 5. 1934.

Numer 5 poświęcony jest 25-letniej rocznicy założenia sanatorjum w Brestovaču dla chorych na gruźlicę i zawiera prace ftizjoterapeutów: Dežmana, Tomasića, Nemanića, Ćepulića, Merkułowa, Komljenovića, Leškovića. *R. L.* (Lwów).

W sprawie rzadkości zaburzeń rytmu w szczególności drżenia przedsionków, oraz zmian elektrokardjogramu w przebiegu podostrego bakteryjnego zapalenia wsierdzia. A. FALKIEWICZ. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 2.

Według Winternitza przyczyna rzadkości drżenia przedsionków w przebiegu podostrego zapalenia wsierdzia leży nie w naturze tej choroby, ale w rodzaju zmian, jakie ona wywołuje. Falkiewicz zajmuje to samo stanowisko. Z 43 przypadków ostrego zapalenia wsierdzia tylko trzykrotnie wystąpiło drżenie przedsionków z wyraźną niedomogą mięśnia sercowego. W tych trzech przypadkach istniała już na kilka lat przedtem wada zastawki dwudzielnej, z przewagą zwężenia ujścia żylnego lewego.

Rawicz (Lwów).

Przypadek zawędrowania glisty do cewki moczowej. N. WŁADISŁAWLEW (Moskwa). Klinicz. Med. T. XII. 6. 1934.

U chłopca 8-letniego nastąpiło nagłe zatrzymanie moczu, trwające dobę. Miękkiego cewnika nie udało się wprowadzić, również cewnik metalowy napotkał na przeszkodę. Usuwając cewnik metalowy wyciągnięto glistę, która zaczepiła się o otwór w cewniku. Cewnik założono powtórnie bez przeszkód i spuszczono znaczną ilość moczu. Brak późniejszych dolegliwości. A. przypuszcza, że glista w czasie snu wydostała się z kiszki stolcowej i zawędrowała do cewki moczowej.

M. Segal (Lwów).

O tworach chrząstkowych, powodujących ucisk rdzenia lub ogona końskiego. S. BAU-PRUSSAKOWA. Warsz. Czas. Lek. XI, 18/19.

Autorka opisuje przebieg kliniczny i wynik oględzin pośmiertnych w przypadku chrzęstniaka dość dużego, którego jednak za życia chorej nie wykryto mimo operacji, gdyż był umiejscowiony na przodzie rdzenia poza twardówką. Z przytoczonego piśmiennictwa oraz z przypadku wynika, iż w rozpoznaniu różniczkowem spraw uciskowych rdzenia twory zewnątrz-twardówkowe powinny być uwzględniane, szczególnie gdy w czasie operacji nie można znaleźć guza. *Obständer* (Bielsko).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Ropne zapalenie stawu kolanowego. A. ZALEWSKI. Chir. Narządów Ruchu i Ortopedja Polska. Nr. 1. 1934.

Tylne zachyłki jamy stawowej odgraniczać się mogą w osobne komory dzięki zapalnemu naciekowi tworów miękkich śródstawowych. Ponadto stan zapalny ropny przenosić się może na kaletki maziowe dołu podkolanowego, które często łączą się ze sta-

wem. W tych warunkach konieczne jest otwarcie kolana również od tyłu. Autor podaje dokładny opis anatomiczny cięć dla zachyłków tylnych przyśrodkowego i bocznego, prowadząc je wzdłuż ścięgna m. półbłoniastego, względnie dwugłowego od strony dołu podkolanowego. *K. Czyżewski* (Drohobycz).

Przezskórne ustalanie grotem odłamków w złamaniu kostki przyśrodkowej stawu skokowego. H. LEVITTOUX. Chir. Narządów Ruchu i Ortopedja Polska. Nr. 1. 1934.

Odosobnione złamanie kostki przyśrodkowej trudne jest do utrzymania w należytem ustawieniu, ponieważ przebiegające za nią ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego i zginacze palców długich wypychają ją stale ku przodowi. Autor radzi po nastawieniu wbić drut stalowy o średnicy 1.5—2 mm nieco powyżej szczytu kostki tak, by na 3—5 cm zanurzył się w piszczeli. Drut wystaje z opatrunku gipsowego; po 2 tygodniach zostaje usunięty. *K. Czyżewski* (Drohobycz).

Narkoza dożylna ewipanem w dużej chirurgji. JENTZER, OLTREMARE i PONCET. Pres. Méd. Nr. 33. 1934.

Autorowie uważają ewipan nietylko za dobry środek podstawowy do ogólnej narkozy, ale za środek nadający się do pełnej narkozy chirurgicznej. Wykonali przy pomocy tego środka ogółem 400 operacyj, z tego 72 zabiegi ciężkie w zakresie głowy, szyi, brzucha i inn. Technika ich narkozy jest następująca: Na godzinę przed operacją wstrzykują pantopon. Ewipan wprowadzają bardzo powoli, kilka pierwszych cm^3 w ciągu 3—7 minut, następne szybciej aż do całkowitego zwiotczenia mięśni (zwykle potrzeba 6—10 cm^3 ewipanu). Na przedramię zakładają opaskę, w której jest uchwyt dla igły, umocowanej na stałe. Po wprowadzeniu środka narkotycznego, przez tę samą igłę wprowadzają kroplówkę z cukru, przez co zapobiegają wytworzeniu się skrzepu w igle i w razie potrzeby mogą wstrzykiwać 1—2 cm^3 ewipanu dla podtrzymania narkozy. W ten sposób operację można przedłużyć nawet do 3 godzin. Szczególnie dobrą okazała się taka narkoza w operacjach choroby Basedowa i operacjach brzusznych. Zalety ewipanu przed eterem są następujące: brak początkowego podniecenia, niema bólów głowy i nudności, bardzo rzadkie są wymioty, jest zupełna niepamięć pooperacyjna. W stosunku do awertyny ewipan jest lepszy, ponieważ wywołuje tylko nieznaczny spadek ciśnienia krwi, nie wywołuje zwiększonego krwawienia z narządów miąższowych, sposób wprowadzenia środka jest prostszy i aseptyczny, przyczem łatwo jest go dawkować, uśpiony szybciej się budzi po narkozie i można wywołać pełną narkozę bez dodatkowej inhalacji eteru.

Skowroński (Lwów).

Wycięcie nadnercza w nadciśnieniu tętniczem i w niewydolności nerek. H. R. OLIVIER i J. MEILLIÈRE. Pres. Méd. Nr. 36. 1934 r.

Autorowie podają wyniki otrzymane w 3 przypadkach takiej operacji. Pierwszy dotyczył kobiety 48-letniej z napadowem nadciśnieniem, u której po wycięciu (niezupełnem) lewego nadnercza ustąpiły ciężkie objawy. Obserwacja trwała kilka miesięcy. W drugim przypadku u mężczyzny 42-letniego z trwałem nadciśnieniem i przewlekłem zajęciem nerek po operacji spadło ciśnienie krwi i nastąpiła ogólna poprawa, ale po kilku miesiącach nastąpiło dalsze pogorszenie i ciśnienie krwi zaczęło się powoli podnosić. Trzeci przypadek z trwałem nadciśnieniem skończył się zejściem śmiertelnem, które wystąpiło w kilkanaście godzin po operacji wskutek zwyżki ciepłoty do 42°. Taką hipertermję (niebędącą w związku z zakażeniem), ale niższego stopnia obserwowali także w 2 poprzednich przypadkach.

Skowroński (Lwów).

Ustawianie ręki do zdjęć rentgenowskich w złamaniach kości nadgarstka. J. PETER. Chirurgja Narządów Ruchu i Ortopedja Polska. Nr. 1. 1934.

Autor zaleca zdjęcia skośne nadgarstka dla uzyskania obrazów pewnych kości. Uzyskuje je przez uniesienie jednego brzegu kasety. I tak: dla k. łódkowatej podnosi brzeg obwodowy o 45°, dla wielokątnej większej brzeg promieniowy o 30—35°, dla grochowatej brzeg łokciowy o ten sam kąt.

K. Czyżewski (Drohobycz).

O stosowaniu pernoktonu w napadzie drgawek porodowych. M. C. BOON Von OCHSSEÉ. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 4—5.

Opierając się na obszernem piśmiennictwie oraz na swoich 3 przypadkach zaleca autor stosowanie pernoktonu w przypadkach drgawek ciążowych lub porodowych. Główną zaletą tego środka jest jego zupełna nieszkodliwość, zwłaszcza na nerki, oraz jego obniżające działanie na ciśnienie krwi, co w eklampsji ma szczególnie ważne znaczenie, a wreszcie niezawodny, kilka godzin trwający wpływ uspokajający na system nerwowy. Przeciwwskazaniem do stosowania pernoktonu są: młodociany wiek pacjentek, histero-neurastenja, hipotonja, wól toksyczny, silne otłuszczenie i alkoholizm. *J. Lenczowski* (Lwów).

Nasze doświadczenia ze środkiem wzmacniającym bóle porodowe „Thymophysin". W. SCHAEFER i V. GUNDLACH. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Autor podaje swoje wyniki nad działaniem popularnego środka „*Thymophysin*" w 102 przypadkach położniczych. Uważa ten środek za bardzo skuteczny w zwalczaniu słabych bólów porodowych, przestrzega jednak przed dawkami większemi niż 0.3 — a wyjątkowo 0.5 cm^3. W żadnym razie nie radzi stosować go w przypadkach ścieśnień miednicy. *J. Lenczowski* (Lwów).

Leczenie krwawień ginekologicznych czerwienią Kongo. SW. BARJAKTAROVIĆ. Medicinski Pregled. Nr. 5. 1934.

Opierając się na danych z piśmiennictwa, stosowali autorowie wlewania czerwieni Kongo przy rozmaitych krwawieniach ginekologicznych w 103 przypadkach. Wynik korzystny zanotowali w 80.6%. Wynik ten tłumaczą działaniem na układ siateczkowo-śródbłonkowy z następowem aktywowaniem trombogenu i trombokinazy. Zalecają ten sposób w przypadkach, w których inne metody w szczególności zabieg chirurgiczny nie dadzą się zastosować. *R. L.* (Lwów).

Jak powstają wtórnie słabe bóle porodowe przy zakażeniu wewnątrzjajowem? E. KEHRER. Zbl. f. Gyn. Nr. 9. 1934.

Istnieją schorzenia infekcyjne (zapalenie płuc, grypa, dur, angina i t. p.), które pobudzają przedwcześnie macicę ciężarną do skurczów i wywołują poronienie lub poród przedwczesny. Jeżeli natomiast u zdrowej ciężarnej rozpoczęła się czynność porodowa, a w przebiegu porodu dołączyło się zakażenie, obserwujemy zjawisko wręcz przeciwne: bóle stają się rzadsze i słabsze, wreszcie czynność porodowa ustaje, a macica nie reaguje nawet na silne środki skurczowe. Szereg autorów wykazał, że wtórnie słabe bóle porodowe i ustanie czynności porodowej spowodowane są zakażeniem, które może nastąpić przy pękniętym ale również przy utrzymanym pęcherzu płodowym. Autor eksperymentując na zwierzętach, postanowił zbadać wpływ toksyn bakteryjnych na kurczliwość mięśnia macicy. Izolowaną dziewiczą macicę świnki morskiej umieszczono w wyjałowionych wodach płodowych; po dodaniu do wód płodowych hodowli gronkowców, paciorkowców i pał. okrężnicy — napięcie i kurcze mięśnia macicy wzmogły się znacznie, dochodząc często do stanu tężcowego. Róg macicy ciężarnej świnki morskiej pod wpływem dodania toksyn gronkowców lub paciorkowców reagował wzmożonemi skurczami aż do stanu tężcowego, natomiast pod wpływem pał. okrężnicy następowało osłabienie skurczów, zwiotczenie mięśnia macicy, wreszcie porażenie.

Na podstawie swoich doświadczeń a. dochodzi do wniosku, że wtórne słabe bóle porodowe z temperaturą, przyspieszeniem tętna i bębnicą macicy polegają przeważnie na zakażeniu pał. okrężnicy; ponieważ jednak agresywność pał. okrężnicy w żywej tkance w czasie i po porodzie jest mniejsza aniżeli gronkowców i paciorkowców — rokowanie dla przebiegu porodu i połogu jest względnie pomyślne. *M. Segal* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie XIV posiedzenia odbytego dnia 25 maja 1934 roku.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Kowalski J., gość, przedstawił i omówił:

a) *Przypadek wrodzonego wysokiego ustawienia łopatki (scapula elevata cong.)* dotyczący chłopca 4 letniego. Matka podała w wywiadach, że na drugi dzień po urodzeniu zauważyła u dziecka lewą łopatkę wyżej ustawioną aniżeli prawą. Głowa była pochylona na stronę lewą. Ruchomość kończyny górnej lewej miała być dobra. Stan ten pozostał aż do zgłoszenia się do szpitala. Badaniem przedmiotowem stwierdzono: głowa pochylona ku stronie lewej, pozatem bez zmian. Łopatka lewa uniesiona ku górze w stosunku do prawej około 3 cm, przyczem zewnętrzny kąt łopatki wyżej uniesiony od kąta wewnętrznego. Ruchy czynne jak i bierne ręką lewą możliwe, jednakże ograniczone przy podnoszeniu ręki ku górze tak, że elewacja ramienia ponad poziom

możliwa do kąta 60°. Przy obmacywaniu stwierdza się opór kostny biegnący od łopatki w kierunku karku szerokości palca. Przy ruchach łopatką porusza się wraz z nią. Zabieg operacyjny: w narkozie eterowej cięciem skórnem wzdłuż górnego i przyśrodkowego brzegu łopatki odsłonięto łopatkę i przecięto mięśnie przyczepiające się do przyśrodkowego brzegu łopatki jakoteż częściowo do części przyśrodkowej górnego brzegu łopatki. Po uwolnieniu w ten sposób łopatki stwierdzono: listwę kostną grubości około 1 cm, połączoną z przyśrodkowym górnym kątem łopatki zapomocą stawu i biegnącą stąd w kierunku kręgosłupa szyjnego. Po odpreparowaniu i odsłonięciu tejże listwy kostnej listwę tę wycięto. Drugą podobną listwę kostną, jednak znacznie cieńszą i krótszą, biegnącą prawieże równolegle do poprzedniej, a przyczepiającą się w połowie górnego brzegu łopatki odcięto wraz z okostną od łopatki i po odpreparowaniu jej możliwie wysoko zresekowano. Łopatkę wraz z ramieniem ściągnięto maksymalnie ku dołowi i umocowano dwoma szwami z plecionki wiedeńskiej, górny wewnętrzny kąt łopatki do więzadeł wyrostków kolczystych kręgów, dolny kąt natomiast do żebra prawdopodobnie VII. Następnie zeszyto mięśnie i skórę. Dolny szew metalowy przeprowadzono przez skórę i uwiązano na wałeczku z gazy. Wkońcu ramię ustalono w opatrunku Desaulta wzmocnionym opaską gipsową. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chorego wypisano z poleceniem robienia gimnastyki w domu. Kontrola 25. V. 1934 wykazała dobre ustawienie łopatki.

Następnie prelegent przedstawia fotografję drugiego podobnego przypadku wrodzonego wysokiego ustawienia łopatki u chłopca 7-letniego operowanego w r. 1932. Przedstawione powyżej przypadki wrodzonego wysokiego ustawienia łopatki zasługują zdaniem prelegenta na omówienie ze względu na rzadkość kostnych połączeń.

W dyskusji Kol. Schramm zapytuje, w jakim celu przymocowano łopatkę drutem do VII żebra.

W odpowiedzi kol. Gruca i Kowalski.

b) *Przypadek wrodzonej stopy końsko-szpotawej i stopy porażennej* oraz omówił sposoby operacyjne, jakie wykonuje się w tych przypadkach na Oddziale chirurg. Szpitala Kasy Chorych. Co do przypadków wrodzonej stopy końsko-szpotawej *(pes equino - varus congenitus)* to metodą wyboru jest sposób operacyjny podany przez Perkinsa: cięciem skórnem wzdłuż wewnętrznego brzegu stopy odsłania się stawy skokowe i śródstopne, następnie po odsłonięciu nerwów, ścięgien i naczyń przecina się więzadła i torebki stawowe pomiędzy kośćmi śródstopia a kością łódkowatą, tudzież między kością łódkowatą a kością skokową oraz więzadło trójkątne. Po zaszyciu rany skórnej stopę prostuje się i przy istniejącej równocześnie stopie końskiej z osobnego cięcia, względnie przy małych stopniach zapomocą tenotomji podskórnie przedłuża się ścięgno Achillesa, poczem w ułożeniu hiperkorelacyjnem ustala się stopę w opatrunku gipsowym na przeciąg 6 tygodni do 2 miesięcy. Po zdjęciu gipsu dla utrwalenia wyników stosuje się bucik z szyną boczną z nadbiciem zewnętrznego brzegu obcasa. Wyniki po tym zabiegu były całkowicie zadawalniające. Zaleca ten zabieg z tego powodu, iż stosunkowo szybko prowadzi do celu i nie powoduje zniekształcenia i skrócenia stopy.

c) *Przypadek stopy porażennej* dotyczył chłopca 13-letniego, u którego było całkowite porażenie wszystkich mięśni podudzia. Zabieg operacyjny, jaki wykonano, był następujący: cięcie skórne powyżej stawu skokowego górnego aż do stawu Choparta z przodu pomiędzy prostownikiem długim palucha a wspólnym prostownikiem palców. Po odsłonięciu ścięgien, naczyń i nerwów, przecięto torebkę górnego i dolnego stawu skokowego jakoteż stawu między kością skokową a kością łódkowatą usunięto powierzchnie stawowe zapomocą dłótka. Następnie po ustawieniu stopy w pożądanem ułożeniu wycięto szczelinę biegnącą w kierunku strzałkowym poprzez kość piszczelową, kość skokową i łódkowatą głęboką na około 2 cm. W tę szczelinę kostną włożono płytkę kostną pobraną z kości piszczelowej, poczem zeszyto torebkę stawową i skórę. Stopę ustalono w opatrunku gipsowym na przeciąg 3 miesięcy. Przypadek ten operowany w lutym 1933 r. dał wynik bardzo dobry. Ten sposób operacji zalecić można z tego powodu, iż jest bardzo prosty, nie wymaga cięć dodatkowych jakoteż przecinania ścięgien, a wszczepiona płytka kostna znajdując się w osi stopy nie powoduje żadnych zniekształceń wywołanych wzrostem kończyny.

W dyskusji: Kol. Schramm, Gruca i Kowalski. Operacje krwawe przy stopie szpotawej zdaniem Kol. Schramma winny być rzadko wykonywane, gdyż zapomocą wyprostowywania *(redressement)* można osiągnąć dobre wyniki; u osób starszych wykonywał resekcję klinową, między 5—6 rokiem operację Velpsa. Kol. Schramm uważa otwieranie stawów za ryzykowne.

2. Kol. Gruca, czł. Twa: 1) *Pokaz złamań szyjki kości udowej.*

a) J. B. lat 65, przed trzema dniami upadł na lewe kolano, od tego czasu nie mógł chodzić i odczuwał bóle w lewej pachwinie. U chorego budowy silnej, wzrostu wysokiego, odżywienia miernego stwierdzono poza rozedmą płuc, osłabieniem mięśnia sercowego oraz bardzo dużym wodniakiem jądra złamanie przykrętarzowe szyjki lewej kości udowej o typie addukcyjnym z miernem przemieszczeniem odłamków. 26. II. złamanie nastawiono na stole ortopedycznym w znieczuleniu miejscowem oraz zeszyto gwoździem Smith-Petersena wprowadzonym z nacięcia długości około 2 cm. Właściwy kierunek wbicia gwoździa ustalono celownikiem własnego pomysłu (pokaz). Skórę zeszyto dwoma szwami, ranę pokryto opatrunkiem przylepcowym. Opatrunku gipsowego ani wyciągowego nie zakładano. Chorego umieszczono w łóżku łamanem z pozwoleniem poruszania kończyną, siadania i dowolnej zmiany pozycji. Roentgen wykazał idealne złożenie złamania. Gwóźdź Smith-Petersena przechodził przez oś szyjki do środka główki. Przebieg bez powikłań. Od chwili zabiegu chory nie odczuwał żadnych bólów w miejscu złamania. Po tygodniu zdjęto opatrunek przylepcowy. Poza niemożnością wstawania chory prowadził normalny tryb życia. Po 40 dniach Roentgen wykazał zniknięcie szpary złamania i chorego wysłano do domu z poleceniem chodzenia o kulach. W 10 tygodni od złamania chory chodził o lasce. Obecnie (trzy miesiące i trzy dni po złamaniu) chodzi bez laski, nie kuleje; ruchomość kończyny prawidłowa, zaników mięśniowych niema. Powyższy sposób jest zdaniem prelegenta najprostszym ze znanych sposobów leczenia złamań szyjki kości udowej i najłagodniejszym dla chorego. Nadaje się wyłącznie do leczenia złamań świeżych, w których bezkrwawe nastawienie odłamków jest możliwe, nie wymaga kosztownego instrumentarjum i może być zastosowany u chorego w domu. Zbliżony do powyższego, ale bardziej skomplikowany sposób podał przed miesiącem Wescott z Wirginji. Szycie złamań szyjki kości udowej zapomocą gwoździa wbitego przez skórę stosuje się na tut. Oddziale od roku 1931. Leczono ogółem przypadków 7. W poprzednich posługiwano się gwoździem Steinmanna. Prócz tego ustalano kończynę w opatrunku gipsowym. Przy użyciu gwoździa Smith-Petersena gips jest zbyteczny. Wszystkie przypadki zgoiły się doskonale. Przebieg był bez powikłań. Pokazy zdjęć Rtg.

b) H. W. lat 75. Złamanie przezkrętarzowe. Szew gwoździem Steinmanna. Od drugiego dnia sadzanie chorych. Po 6 tygodniach chodzenie o kulach, po 3 miesiącach zdjęcie gipsu. Zrost doskonały. Czynność kończyny bez zaburzeń.

c) J. P. lat 42, wielokrotne złamanie (przygłówkowe i przezkrętarzowe) szyjki uda. Szew gwoździem Steinmanna, gips. Po tygodniu chodzenie o kulach. Po 10 tygodniach bez gipsu. Wynik bardzo dobry.

d) S. K. lat 18. *Epiphyseolysis, coxa vara.* Nastawienie. szew gwoździem Steinmanna. Po trzech miesiącach gips zdjęto, chory chodzi bez kulenia. Ruchomość prawidłowa (pokaz chorego).

e) F. H. lat 17. *Epiphyseolysis, coxa vara.* Repozycja, szew gwoździem Steinmanna, Rtg. wykazuje bardzo dobre złożenie złamania.

f) W. J. lat 56. Złamanie szyjki kości ramieniowej prawej oraz przykrętarzowe szyjki prawej kości udowej. Nastawienie złamania w znieczuleniu, szew gwoździem Steinmanna. Po 10 tygodniach zdjęto gips. Zrost zupełny, ustawienie bez zarzutu.

g) B. C. lat 70. Złamanie przezkrętarzowe szyjki uda prawego. Nastawienie w znieczuleniu. szew gwoździem Steinmanna, gips. Od drugiego dnia sadzanie chorej. Po 3 miesiącach gips zdjęto, złamanie zgojone bez zarzutu.

W dyskusji: Kol. Schramm podnosi, że Kirschner w ostatnich czasach wbija gwóźdź pod kontrolą Roentgena; powątpiewa, czy zapomocą celownika można z matematyczną ścisłością ustalić właściwy kierunek wbicia gwoździa bez przebicia panewki. Kol. Ostrowski T. zaznacza, że postępowanie polecane przez kol. Grucę nadaje się do przypadków złamań szyjki z małem przemieszczeniem; przedstawione przypadki zresztą nie wykazują wielkiego przemieszczenia odłamków; w przypadkach złamań szyjki z dużem przesunięciem odłamków konieczny jest zdaniem kol. Ostrowskiego opatrunek ustalający lub wyciągowy.

W odpowiedzi: Kol. Gruca wyjaśnia, że metoda ta nadaje się do przypadków świeżych.

2) *Pokaz plastyki dachu panewki.*

N. M. lat 8. Obustronne wrodzone zwichnięcie biodra. U chorej wykonano nastawienie bezkrwawe sposobem Paci-Lorenz. Kończyny były ustalone w gipsie w ciągu 6 miesięcy. Dalsze trzy miesiące chora była bez gipsu i gimnastykowała kończyny. Wobec zupełnego braku panewek i prawdopodobieństwa nawrotu zwichnięcia w miarę obciążania, wykonano obustronną plastykę

dachu panewki na jednem posiedzeniu. Roentgen wykazuje powstanie w ciągu 4 miesięcy silnych płyt kostnych, otaczających główki od góry i tyłu. Plastyka dachu panewki jest konieczną we wszystkich przypadkach, w których zachodzi prawdopodobieństwo nawrotu zwichnięcia spowodu braku dachu panewki. Na tut. Oddziale wykonano ją w ciągu 3 lat 10-ciokrotnie. Zwykle wykonuje się ją w 4 tygodnie po bezkrwawem nastawieniu zwichnięcia.

W dyskusji: Kol. Selzer, Schramm i Kielanowski.

3) *Pokaz gruźlicy stawu biodrowego leczonej operacyjnie.*

Najtrudniejszem z zagadnień, związanych z gruźlicą stawu biodrowego jest leczenie zwichnięć patologicznych. Niektóre szkoły zachodnie chętnie wykonują w tych przypadkach usztywnienie stawu. Zabieg ten poprawia wprawdzie chód i usuwa dolegliwości, zastępuje jednak jeden rodzaj kalectwa innym. Korzystniejsze wyniki i mniej kaleczące daje operacja rozwidlenia. W technice Lorenz-Hass nie nadaje się ona do wszystkich zabiegów. Technika zabiegu musi być dostosowana do warunków anatomicznych danego chorego i niemal u każdego chorego musi być inną. Tutejszy Oddział od kilku lat pracuje nad udoskonaleniem powyższego sposobu. Ostatnio operowano 4 przypadki (pokaz).

a) S. T. lat 15, od 10 lat chory. Od kilku lat przetoka na pośladku. Zgłosił się ze zwichnięciem patologicznem biodra lewego w typowem ustawieniu i z przetoką. Najpierw wyłyżeczkowano przetokę i usunięto martwiak z panewki. Po kilku miesiącach wykonano operację rozwidlenia. Wynik jest wcale zadawalający. Statyka dobra, kulenie mierne, dolegliwości brak. Pozostało tylko znaczne skrócenie kończyny, które usunie się później.

b) J. C. lat 19. Choruje od dzieciństwa. Stwierdzono zwichnięcie patologiczne z maksymalnem zgięciem i przywiedzeniem kończyny. Wykonano rozwidlenie. Wynik zadawalający. Ruchomość kończyny bardzo dobra, statyka dobra, chora chodzi na ulicy z laską, w domu bez laski.

c) Ch. A. lat 19. Choruje od 6 lat, poprzednio przebyła sprawę swoistą w kolanie lewem, zgojoną z przykurczem kolana. W biodrze lewem stwierdzono zwichnięcie patologiczne z maksymalnem zgięciem i przywiedzeniem kończyny. Chora przyszła o kuli. Wykonano rozwidlenie. Obecnie z laską chodzi dobrze, żadnych bólów nie ma, ruchomość kończyny bez zarzutu, bez laski wyraźne kulenie, które będzie można usunąć zabiegiem dodatkowym.

d) E. K. lat 42. W dzieciństwie przebyła sprawę swoistą w biodrze, zgojoną ze zwichnięciem patologicznem i przykurczem, znacznem skróceniem. Wykonano rozwidlenie. Wynik dobry, skrócenie wyrównane, przykurcz zniesiony, statyka lepsza, ruchomość kończyny prawie normalna.

e) M. T. lat 33, zwichnięcie patologiczne. Wykonano usztywnienie stawu i osteotomję. Kilka miesięcy chory pracował doskonale. Później upadł, doznał złamania uda tuż poniżej miejsca osteotomji. Przypadek ten ilustruje wyższość zabiegów, dążących do utrzymania względnie przywrócenia ruchomości kończyny.

Dok. nast.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dn. 3 stycznia 1934 r.

Kol. A. Kunicki wygłosił odczyt p. t.: *„Ból w świetle nowych badań anatomiczno-fizjologicznych"* (praca ukaże się w druku).

Następnie przystąpiono do dorocznego posiedzenia administracyjnego.

Kol. Frenkiel zreferował sprawę nadania godności Członka Honorowego kol. kol. B. Mikłaszewskiemu, B. Handelsmanowi i H. Konowi z okazji 50-lecia otrzymania dyplomu lekarskiego.

Wniosek o nadanie członkowstwa honorowego wspomnianym kolegom przyjęto przez aklamację.

Odczytano i przyjęto sprawozdania roczne: a) sekretarza, b) Sekcyj Towarzystwa, c) bibljotekarza, d) skarbnika i e) Komisji Rewizyjnej.

Przystąpiono do wyboru władz Towarzystwa na rok 1934. Wybrani zostali: prezesem — kol. B. Frenkiel; wiceprezesami — kol. S. Minc i kol. Rueger; sekretarzami — kol. B. Czaplicki i kol. A. Tenenbaum. Bibljotekarzy i skarbnika w r. b. w myśl Regulaminu nie wybierano: pozostali nadal kol. Z. Prechner i kol. M. Kocen — bibljotekarzami i kol. T. Mogilnicki — skarbnikiem.

Do Komisji Rewizyjnej wybrano kol. kol. Skusiewicza, Reiterowskiego i Gurtzmana.

Protokół posiedzenia dodatkowego w dniu 4 stycznia 1934 roku.

Kol. W. Nowiński (jako gość z Berna) wygłosił odczyt p. t.: *„Ogólna biologja determinacji płci"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Frenkiel i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 17 stycznia 1934 roku.

1. Kol. S. Kejlson wygłosił referat p. t.: *„Objawy wczesne nowotworów kręgosłupa"* (praca ukaże się w druku).

W pierwszej części referatu zostają omówione sprawy zagęszczeniowe i rozrzedzeniowe kręgu oraz podstawy rozważań różnicowania spraw nowotworowych.

W drugiej części referatu referent dokładnie omawia i uzasadnia nieopublikowany dotychczas wczesny objaw osteolitycznego ogniska nowotworowego trzonu kręgu. Ognisko to jest widoczne na zdjęciu przedniotylnem kręgu w postaci intensywnego wyjaśnienia w obrębie „pierścienia wyrostkowego".

2. Kol. A. Aronzon wygłosił referat p. t.: *„O zniekształcających uogólnionych sprawach chorobowych kręgosłupa"* (praca ukaże się w druku).

Na wstępie zostaje omówiona patogeneza anatomo-rentgenologiczna *spondylosis deformans, spondylitis ankylopoetica* i *kyphosis adolescentium* jako uogólnionych schorzeń zniekształcających kręgi, a rozpoczynających się pierwotnie poza kręgami.

Następnie zostają dokładnie zobrazowane: mechanizm zniekształceń kręgów, powstałych na skutek zmniejszonej wytrzymałości trzonu, oraz procesy chorobowe, które powodują tę zmniejszoną wytrzymałość. Referent dzieli schorzenia te na 2 zasadnicze grupy: 1) jedna grupa schorzeń powoduje zmniejszenie wytrzymałości istoty kostnej kręgu przez rzeczywiste rozmiękanie *(osteomalacia, ostitis deformans Paget* i *cystofibrosis generalisata Recklinghausen); 2)* druga grupa schorzeń powoduje zmniejszoną wytrzymałość przez ubytek tkanki kostnej kręgu (osteoporoza, sprawy nowotworowe i zapalne, m. inn. ziarnica złośliwa).

We wszystkich tych schorzeniach, które mogą zarazem być uogólnionemi lub systemowemi schorzeniami całego kośćca, można często już przy oglądaniu chorego spostrzec skrócony i patologicznie zgięty kręgosłup, który jest zatem w przypadkach tych nietylko zewnętrznym objawem uogólnionych zniekształceń kręgów, lecz często jedynym objawem zewnętrznym uogólnionego schorzenia całego kośćca.

Uwzględnienie powyższej klasyfikacji mogłoby niekiedy ułatwić postawienie rozpoznania w przypadkach trudnych, rzadziej spotykanych.

Wkońcu zostają zademonstrowane przypadki uogólnionych zniekształceń kręgów (w tem jeden rzadki przypadek prawdopodobnego skojarzenia przerzutów nowotworowych i zmian osteomalacyjnych) dla zilustrowania tego, z jakiemi trudnościami jest połączone niekiedy rozpoznawanie rentgenologiczne zniekształcających spraw kręgosłupowych. Często wskazane jest zbadanie rentgenologiczne całego kośćca, oraz dokładna analiza i obserwacja kliniczna przypadku. I to jednak niezawsze daje możność postawienia zupełnie pewnego rozpoznania.

W dyskusji: Kol. Lewenfisz. Przerzuty nowotworowe do kręgosłupa są bardzo częste. Na klinice prof. Gosseta w Paryżu wprowadzono jako zasadę, że każda chora, która ma być poddana zabiegowi amputacji sutka, ma prześwietlaną nietylko klatkę piersiową, lecz również i cały kręgosłup. Często stwierdza się przerzuty nowotworowe do kręgów w okresach wczesnych nowotworu sutka; niejednokrotnie spotykano w kręgach, po amputacji sutka, przerzuty nowotworowe, które istniały już przed zabiegiem operacyjnym, nie dając objawów klinicznych.

Odwrotnie obserwujemy następujące przypadki. Chora operowana spowodu złośliwego guza sutka. Przechodzą 2—3 lata. Nawrotu nie stwierdza się. Blizna pooperacyjna wiotka. Gruczoły limfatyczne niemacalne. Chora zaczyna odczuwać bóle przypominające zwykłe bóle reumatyczne czy neuralgiczne w okolicy lędźwiowej, czy też międzyżebrowej. Po kilku dniach lub tygodniach bóle te słabną i znikają. Badanie rentgenologiczne kręgosłupa nie wykazuje zmian. Niebezpieczeństwo przerzutu nowotworowego zdaje się jest wykluczone. Tymczasem po 1—2—3 miesiącach bóle te nagle występują ponownie o silnem natężeniu i mają charakter stały. Badanie rentgenologiczne, wykonywane co 2—3 tygodnie, znowu zmian nie wykazuje. Bóle wzmagają się

coraz bardziej i nieraz po kilku miesiącach dopiero stwierdzamy wyraźny przerzut nowotworowy do kręgów.

Wniosek. Bóle neuralgiczne, u osób operowanych spowodu nowotworu złośliwego bardzo często są jedynemi i bardzo wczesnemi objawami przerzutów nowotworowych do kręgosłupa. Przerzuty te mogą być tak małych rozmiarów, że nie dają uchwycić się na rentgenogramach, powodować mogą jednak silne bóle.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół 24. posiedzenia Wileńskiego Twa Lekarskiego wspólnie z T-wem Pedjatrycznem z dnia 15. listopada 1933 r.

Przew.: Prof. Jakowicki przy współudziale prof. Jasińskiego.

1. Dr. Achmatowicz przedstawił chorego z gangreną starczą kończyny dolnej operowanego przez siebie z pomyślnym skutkiem.

2. Dr. J. Zienkiewicz przedstawił dwa przypadki schorzeń mózgowych u dzieci, u których początkowo rozpoznano gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

I. Dziewczynka lat 14 skarży się od dłuższego czasu na bóle głowy, wymiotuje, rozdrażniona. Chora dzień przed przyjęciem do kliniki położyła się do łóżka, straciła przytomność, bóle głowy nasiliły się, wybitna senność. Przy badaniu stwierdzono: dziecko nieprzytomne, oddech charczący, leży nieruchomo z podciągniętemi do brzucha nogami, sztywność karku znaczna, objawy oponowe dość wyraźne, tętno zwolnione, nierówne, dermografizm wyraźnie występuje. Nakłucie lędźwiowe powtarzane kilkakrotnie dawało płyn pod wzmożonem ciśnieniem o podbarwieniu krwawem, z tego też względu nie przeprowadzano cytologicznych ani też chemicznych badań z płynem. W moczu nie mogliśmy stwierdzić składników patologicznych. We krwi też nie stwierdziliśmy powiększenia liczby azotu resztkowego ani też cukru. Odczyn B-W. i Widala dały wynik ujemny. Ciśnienie krwi 90/55 — 115/75 — i 111/75. Na dnie prawego oka stwierdzono *neuroretinitis haemorrhagica*. Ponowne badania wykazywały w miarę poprawy stanu chorobowego poprawę na dnie oka.

Po 3 tygodniowym pobycie chorej w klinice stan znacznie się poprawił: chora początkowo siada, później staje i próbuje chodzić, objawy oponowe stopniowo ustąpiły, pozostała tylko nieznaczna bolesność w karku. Po ulywie następnych trzech tygodni po wypisaniu z kliniki dziecko chodzi samodzielnie, rozmawia, widzi dobrze, zmian na dnie oka brak.

II. Chłopiec, lat 8, przyjęty do kliniki dnia 2. listopada ze skargami na bóle głowy bardzo silne, gorączkę, senność i wymioty.

W klinice stwierdzono: dziecko wybitnie rozdrażnione, skarży się na silne bóle głowy, zamroczone, leży na boku z podciągniętemi do brzucha nogami, tętno nierówne znacznie zwolnione. Objawy oponowe zaznaczone dość wyraźnie. Nakłucie lędźwiowe dało płyn wypływający pod wzmożonem ciśnieniem, odczyny globulinowe zapalne. Pleocytoza 220. Mgiełka wystąpiła po 48 godzinach i szybko opadła na dno próbówki. Chlorków w płynie stwierdzono 0.74%, cukru w płynie stwierdzono 0.078%, białka w płynie stwierdzono 0.15%.

Następne nakłucie dnia 8 listopada dało wyniki podobne, pleocytoza 148. 10 listopada dało wyniki podobne, pleocytoza 13. 15. listopada dało wyniki podobne, pleocytoza 11.

Przez czas pobytu chorego w klinice stan stopniowo ulegał poprawie, objawy oponowe, rozdrażnienie, bóle głowy stopniowo ustępowały, chory siada, staje, uważa siebie za zdrowego, chce chodzić, w dniu przedstawienia chorego chodzi samodzielnie, lekko się zatacza.

Jak już wyżej wspomniano, w obu przypadkach początkowo rozpoznanie brzmiało: *„meningitis tuberculosa"*, dopiero za długo przeciągająca się przerwa w chorobie i poprawa w stanie chorego stale postępująca skłoniły nas do uchylenia wydanego wyroku na obu pacjentów. Płyn mózgowo-rdzeniowy w obu przypadkach wstrzyknięto śwince morskiej.

3. Prof. Dr. W. Jasiński wygłosił odczyt p. t. Podstawy leczenia kiły wrodzonej u dzieci. (Pedjatrja Polska. T. XIV. Nr. 3. r. 1934).

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

4. Dr. J. Zienkiewicz: wygłosił odczyt p. t. Obraz krwi dzieci kiłowych i jego zmiany pod wpływem leczenia swoistego.

W dyskusji: Prof. W. Jasiński zwraca uwagę na dwa kierunki badań prelegenta, a mianowicie: jeden zdążający do uzyskania jakichś pewniejszych badań pomocniczych przy rozpoznawaniu kiły wrodzonej u dzieci; drugi zaś w kierunku ustalenia wpływu, jaki wywiera leczenie swoiste dużemi i częstemi dawkami na narządy krwiotwórcze. Jak wynika z referatu, badania krwi poza nieznaczną limfocytozą w obrazie jakościowym nic nam pewnego nie dają, co mogłoby pomóc przy ustalaniu rozpoznania choroby. Niedokrwistość i eozynofilja jedynie mogą mieć pewne znaczenia w rokowaniu. Z drugiej części referatu widzimy, że leczenie nie wywiera ujemnego wpływu na narządy krwiotwórcze, wyniki uzyskane zachęcają tylko nas do kontynuowania stosowanego dotychczas schematu leczenia.

Protokół 25. posiedzenia Wil. Tow. Lek. wspólnie z Kołem Wil. Internistów Polskich z dnia 22 listopada 1933 r.

Przew. Prof. Jakowicki przy udziale Prof. Januszkiewicza.

1. Dr. Achmatowicz. Przypadek ciała obcego w pęcherzu moczowym.

Młody człowiek lat 20 wprowadził termometr głęboko do cewki moczowej. W chwili wzwodu termometr złamał się tak, że większa część pozostała w pęcherzu moczowym a odłamek nieduży w cewce. W dwa dni po tym wypadku chory był przez prelegenta operowany. Odłamek szkła z cewki był usunięty zapomocą ostrej łyżeczki, a odłamek termometru długości 10 cm, znajdujący się w pęcherzu moczowym, usunięto zapomocą cystostomji nadłonowej.

2. Dr. Kapłan. Przypadek wrzodu trawiennego u dziecka (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Dr. de Rosset zapytuje, czy w danym przypadku był badany stolec na krew utajoną oraz na podstawie czego odróżnia tu prelegent wrzód żołądka od sokotoku żołądkowego i nadkwaśności żołądka.

W odpowiedzi dr. Kapłan powołując się na swój odczyt przed paru laty o wykrywaniu krwi utajonej w kale, dochodzi do wniosku, że tylko w 70—85% przypadkach stwierdza się krew utajoną w kale we wrzodzie trawiennym żołądka, toteż nie można opierać się w swych rozpoznaniach na braku krwi utajonej w stolcu. Próby na krew utajoną, jakie posiadamy, są zbyt lub za mało czułe, i jedynie stosowane w klinice przy zachowaniu odpowiedniej diety, mogą mieć znaczenie rozpoznawcze. W danym przypadku rozpoznanie swe opiera prelegent na swoistym obrazie klinicznym oraz na podstawie dodatniego wyniku leczenia przeciwwrzodowego. Co się tyczy sokotoku i nadkwaśności żołądkowej, to te jednostki chorobowe, w miarę rozwoju i doskonalenia się techniki rentgenologicznej, uległy poważnemu zakwestjonowaniu jako samoistne, gdyż coraz częściej potwierdza się, że przyczyną ich powstania jest utajony wrzód żołądka.

3. Dr. Kapłan. Pokaz zniekształconego żołądka na tle wrzodu trawiennego. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji. Dr. Krzemiański jest zdania, że interpretacja prelegenta zdjęcia rentgenowskiego jest niesłuszna, że raczej ma tu miejsce przeciągnięcie odźwiernika ku górze na lewo i ku tyłowi do wpustu.

Dr. Achmatowicz intepretuje zdjęcie podobnie jak dr. Krzemiański.

Prof. Januszkiewicz po zbadaniu chorego stwierdza, że dolna granica żołądka znajduje się na wysokości prawidłowej (2 palce powyżej pępka), natomiast na prawo za linję środkową ciała żołądek nie przechodzi i kwestjonuje wyniki badania laboratoryjnego co do wykrycia w treści żołądkowej kwasu mlekowego i splotowców Boas-Opplera *(Bact. gastrophilum)* przy obecności wolnego HCl.

W odpowiedzi dr. Kapłan zaznacza, że w interpretacji obrazu rentgenowskiego opiera się na zdaniu rentgenologa, który badał dany przypadek pod ekranem. Przyznaje słuszność twierdzeniu, że jednocześnie w żołądku nie można stwierdzić obecności wolnego kwasu solnego i kwasu mlekowego, jednak przypadek demonstrowany jest tak niezwykły, treść bowiem w żołądku zalega ponad 20 dni, że prelegent dopuszcza współistnienie w żołądku rzeczy niewspółmiernych.

4. Dr. Klukowski. *Zachowanie się we krwi kwasu mlecznego w przebiegu niedokrewności złośliwej i wtórnej.*

Prelegent stwierdził wzrost kwasu mlekowego we krwi w przypadkach niedokrewności złośliwej, przekraczający trzykrotnie normę, którą określił doświadczalnie na 12,5 mg %. W miarę poprawy stanu krwi pod wpływem leczenia ilość kwasu mlekowego uległa obniżeniu. W przypadkach niedokrewności wtórnej kwas mlekowy we krwi też był zwiększony, lecz w stopniu mniejszym, niż w przypadkach niedokrewności złośliwej. Prelegent uzależnia wzrost kw. mlekowego w przebiegu niedokrewności od gorszego utleniania się krwi.

Doc. *W. Zaleski*, sekretarz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Adam Franciszek Straszyński, docent chor. skórn. i wener. U. W., redaktor Przeglądu Dermatologicznego, został mianowany profesorem nadzwyczajnym na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego.

Zmarli.

Zmarł w Warszawie w wieku lat 69 Zygmunt Bychowski, wybitny neurolog, b. ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego, b. ławnik Magistratu m. Warszawy.

Prof. C. O. Jensen, autor znakomitych prac nad nowotworami doświadczalnemi, najwybitniejszy przedstawiciel weterynarji duńskiej zmarł w Kopenhadze w wieku lat 70.

Zmarł prof. Józef Horak z Pragi. Był to jeden z najwybitniejszych chirurgów czechosłowackich.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XIX posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 28 września 1934: 1) Kol. Krassowska i Kol. Ptaszek: O moczeniu cukrem trzcinowym i lewoskrętnym (demonstracja przypadku). 2) Kol. Ziembicki W.: Jan III i jego małżonka a zdroje mineralne (wykład z przeźroczami).

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 25 września 1934 r. 1) Chodkowska St.: Z kazuistyki krwotoków śmiertelnych. 2) Roguski J.: Cukier we krwi w przewlekłej niewydolności krążenia. 3) Roguski J.: Ketonemja w różnych stanach chorobowych. 4) Zembrzuski L.: Medycyna w dawnej Rosji.

Różne.

W okresie od 1 października 1932 do 30 września 1933 stwierdzono w Niemczech na podstawie badania serologicznego 483 wypadków zakażenia pałeczką Banga. W poprzednich trzech latach sprawozdawczych zgłoszono przypadków: w r. 1929/30 — 626, w r. 1930/31 — 520, w 1931/32 — 498. Zgłoszone przypadki były z reguły schorzeniem odosobnionem; przenoszenia zakażenia z człowieka na człowieka nie zauważono.

Założona przed 7 laty w Rzymie Wyższa Szkoła dla badania malarji została obecnie przemianowana na Instytut badania malarji. Zadania Instytutu dotyczą zarówno nauki o malarji jak i jej badania.

Według oficjalnego komunikatu Ministerstwa Higjeny w Grecji w czerwcu zgłoszono 2573 przypadków chorób inf., z tego 300 tyfusu i paratyfusów A i B, 275 płonicy, 1143 odry i 270 kokluszu.

W Grecji został uchwalony projekt prawa o ubezpieczeniach społecznych. Specjalne przepisy dają prawo wolnego wyboru lekarza przez ubezpieczonych.

Sąd Sanitarny w Wiesbadenie zadecydował sterylizację kobiety w wieku 41 lat, urodzonej z rodziców Włochów, a zamieszkałej w Niemczech, która dotknięta była epilepsją.

W Indjach prawie 30.000 osób rocznie ulega ukąszeniom przez węże; śmierć powoduje szczególnie jad kobry.

W Viareggio odbył się II Kongres lekarzy literatów i artystów włoskich liczący 200 osób, pod przewodnictwem dr. Morelli.

Władze sanitarne rumuńskie ogłosiły ostatnio rozporządzenie nakazujące reglamentację „instytutów masażu“, które były w rzeczywistości miejscami zepsucia albo nielegalnych praktyk lekarskich. Odtąd masaż będzie mógł być wykonywany tylko przez osobę tej samej płci, jedynie w przypadku choroby i w obecności lekarza. Masażyści będą podlegać specjalnemu egzaminowi.

Dr. S. Tsuchiya, poseł do parlamentu japońskiego, właściciel tygodnika: „Japar Medical World“, podaje do wiadomości, że zaczyna wydawanie pisma lekarskiego codziennego, o charakterze korporacyjnym dla obrony interesów 50.000 lekarzy japońskich.

Federalna Służba Zdrowia w St. Zjednoczonych zorganizowała w New-Yorku akcję przeciw szczurom spowodu chorób przenoszonych przez te zwierzęta. Użyto 1.800 robotników i 67.000 łapek.

W Brazylji co roku 50.000 osób ulega skutkom ukąszenia przez węże.

H. H. Backham z Detroit zapisał przed swą śmiercią 16 miljonów dolarów na fundację dobroczynną. Projektowana jest budowa instytutu dla badań naukowych i lekarskich.

W Japonji ukończyło w r. 1933 3143 studentów studja lekarskie (na 19 wydziałach lekarskich i w 11 szkołach lekarskich). Około 2000 lekarzy nie może znaleźć możności zarobkowania.

W Charkowie odbyła się masowa „konferencja czystości“ w której wzięło udział około 3000 dozorców domowych, „pracownic domowych“, rządców domu i lekarzy. W kooperatywach mieszkaniowych postanowiono organizować komitety czystości i „uzielenienia“, zrekonstruować 1000 łazienek zajętych obecnie jako izby mieszkalne, spiżarnie i t. p.

Komunikaty.

Święto Szkoły Podchorążych Sanitarnych odbędzie się w roku bieżącym w dniach 3 i 4 listopada. W tym czasie zostanie również zwołany V doroczny zjazd członków Koła, byłych wychowanków S. P. S.

Kurs uzupełniający z zakresu cukrzycy (teoretyczny i praktyczny) odbędzie się w Paryżu w dn. od 15 do 27 października b. r. pod przewodnictwem prof. Rathery. Jako wykładowcy współdziałają najwybitniejsi klinicyści i specjaliści danego przedmiotu. Opłata kursu (którego ukończenie daje prawo do otrzymania specjalnego dyplomu) wynosi 250 fr. fr. Zgłoszenia w sekretarjacie Wydziału Lekarskiego U. Paryskiego.

V Kongres Chirurgji Rumuńskiej. Pod patronatem Króla Karola II. odbędzie się w dniach 5, 6, 7 i 8 listopada 1934 r. V Kongres Narodowy chirurgji i specjalności chirurgicznych. Przewodniczy prof. dr. Balacesco. Z okazji tego Kongresu urządzające go Towarzystwo Chirurgiczne Rumuńskie proponuje założenie podstaw dla związku chirurgicznego „Małej Ententy“ z udziałem Polski i krajów sąsiednich, pragnąc zjednać je dla tej myśli. (Sprawozdawca: Dr. J. Jiano). Program przewiduje szereg referatów jak: chirurgja kamicy żółciowej; leczenie chirurgiczne wypadnięcia macicy; myelografja; nowotwory limfatyczne, histologia, wskazania terapeutyczne; promienica genitaljów; leczenie chirurgiczne porażenia n. twarzowego i inne. Dla uczestników Kongresu uzyskano 50% zniżkę na kolejach rumuńskich. Zgłoszenia: Dr. Jean Jiano. Rue Campineau 52.

Redakcja otrzymała:

M. R. Castex et L. E. Ontaneda: La ponction cisternale (ponction sous-occipitale). Doin et Cie. Paris 1934.
Ch. Flandin, J. Bernard et F. Joly: L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique). Doin et Cie. Paris 1934.
M. A. Schirmann: Die physikalisch-technischen Methoden der Elektromedizin und ihre Apparaturen. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1934.
Wl. Dobrzaniecki: Radjologja i radjodiagnostyka dróg nasiennych. Odb. z Polskiego Przeglądu Chirurgicznego. Z. 5—6. R. 1933.
Wl. Dobrzaniecki et W. Grabowski: La valeur morphologique et fonctionnelle de l'urographie intraveineuse pour les fistules urogénitales. Odb. z „Gynécologie et Obstétrique“. T. XXIX. Nr. 6. 1934 r.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.